

Année 1932

N°
188

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Andrée DESCHAMPS

Née le 23 Avril 1906, à Rennes (Ille-et-Vilaine)

ESSAI
D'EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE
DU PSYCHISME
DES DÉMENTS PRÉCOCES

Président : Professeur H. CLAUDE

LES ÉDITIONS VEGA
43, Rue Madame, 43
PARIS
1932

Faculté de Médecine de Paris

Année 1932

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR
Andrée DESCHAMPS

Née le 23 Avril 1906, à Rennes (Ille-et-Vilaine)

ESSAI
D'EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE
DU PSYCHISME
DES DÉMENTS PRÉCOCES

Président : Professeur **H. CLAUDE**

LES ÉDITIONS VÉGA
43, Rue Madame, 43
PARIS
1932

PUBLICATIONS DU MÊME AUTEUR

- 1 — C. PASCAL et A. DESCHAMPS : Psychanalyse pharmacodynamique des Déments précoces. *Commission de l'Hébéphrénie*, octobre 1930.
- 2 — A. DESCHAMPS : Action du stovarsol sur les troubles psychiques et organiques de la Paralyse générale. *Annales médico-psychologiques*, mars 1931.
- 3 — P. GUIRAUD et A. DESCHAMPS : Le « Fading » dans l'Hébéphrénie. *Annales médico-psychologiques*, 1932.
- 4 — C. PASCAL et A. DESCHAMPS : Exploration pharmacodynamique de la motricité des Déments précoces. *L'Encéphale*, 1932.
- 5 — P. GUIRAUD et A. DESCHAMPS : Délires secondaires dans la Paralyse générale. Paris, 1932.
- 6 — P. GUIRAUD et A. DESCHAMPS : Paralyse générale avec alexie et apraxie motrice. *Société Médico-psychologique*, 10 mars 1932.
- 7 — P. GUIRAUD et A. DESCHAMPS : Syringomyélie avec lésions cérébrales et troubles mentaux. *Société Médico-psychologique*, 10 mars 1932.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESCREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.

Clinique médicale.....	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELbet. CUNÉO. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE. MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE ..	Neurologie et Psychiatrie.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale.
SANNIÉ.....	Chimie biologique.
BROcq	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES.....	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FÉY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE ...	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri) ..	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI ..	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY - RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU - LEMAIRE	Parasitologie.

MM.

REITTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.
LEROUX.....	Anatomie pathologique

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

M M.		M M.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	CHEVASSU	} Clinique chirurgicale. (suite)
CHIRAY		HEITZ-BOYER ..	
DEBRÉ		MATHIEU	
DUVOIR		MOCQUOT	
		PROUST	} Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	SCHWARTZ	
		LE LORIER.....	
		LEVY-SOIAL ...	
		METZGER.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédi- que chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infir- mes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.....		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,
M. LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE,
Membre de l'Académie de Médecine.

*En témoignage de respectueuse
reconnaissance pour l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette Thèse.*

A NOTRE MAITRE,

MADemoiselle LE DOCTEUR C. PASCAL,

Médecin-Chef des Asiles de la Seine,

qui nous inspira et nous guida dans ce travail.

En 1929, elle nous fit le grand honneur de nous associer à ses travaux. Elle nous aida de ses conseils éclairés, mit à notre disposition non seulement les malades de son service, mais encore sa bibliothèque et, constamment, grâce à sa longue et profonde expérience, son érudition en la matière, dirigea nos recherches dont elle fut la constante animatrice.

Nous ne saurions oublier l'inlassable bienveillance qu'elle n'a cessé de nous témoigner, ni tout ce que nous devons à la précision et à la clarté de l'enseignement clinique qu'elle nous donna durant nos années d'internat dans son Service.

A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE RENNES :

A M. LE DOCTEUR FOLLET,
Professeur de Clinique médicale,
Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine de Rennes.

A M. LE DOCTEUR QUENTIN,
Professeur d'Histoire Naturelle

A M. MARQUIS,
Professeur de Clinique chirurgicale

A M. LE DOCTEUR LE GALLE LA SALLE,
Professeur suppléant de Clinique chirurgicale

A NOS MAITRES DANS LES ASILES :

A M. LE DOCTEUR GUIRAUD,

Médecin-Chef des Asiles de la Seine,

*dont la sympathie et les conseils
nous sont si précieux.*

*En témoignage d'un respec-
tueux dévouement.*

A M. LE DOCTEUR BEAUDOIN,

Médecin-Chef des Asiles de la Seine

A M. LE DOCTEUR QUERCY,

Médecin-Chef des Asiles,

Docteur es-Lettres

Chargé de cours à la Faculté des Lettres de Rennes

SGANARELLE : — « Monsieur, c'est là sa maladie.
Elle est devenue muette, sans que jusques
ici on en ait pu savoir la cause... Mon avis
est qu'on lui fasse prendre, pour remède,
quantité de pain trempé dans du vin...
parce qu'il y a dans le vin et le pain mêlés
ensemble une vertu sympathique qui fait
parler... »

GÉRONTE : — « Voilà ma fille qui parle !
O grande vertu du remède !... »

MOLIÈRE : *Le Médecin malgré lui.*

INTRODUCTION

La conception de Bleuler sur la Schizophrénie pose un problème psychologique du plus haut intérêt. La psychogénèse est à la base de la nouvelle doctrine ; elle commande le diagnostic et le traitement. La maladie correspond bien à une atteinte organique des centres nerveux, mais, de plus en plus, dans la conception de Bleuler, l'explication psychogène prend une place importante. Le comportement normal ou morbide serait l'expression de tendances inconscientes refoulées.

Une école dynamiste s'est créée pour défendre la théorie de l'autisme, vie intérieure. Sur cette école, bien plus que sur Bleuler, la psychanalyse et les théories de Freud exercent une influence immédiate : le contenu de la psychose s'identifie avec le contenu du rêve, fait de désirs ou de craintes refoulés. De nouveau le rêve et la folie sont rapprochés. Masselon, avant Jung, signale les analogies du rêve et de l'hébéphrénie. La vieille théorie (1845) de la dissociation mentale et du dynamisme moral de Moreau de Tours est reprise ; le trouble fonctionnel, l'onirisme actif mais dissimulé, deviennent la pierre angulaire de ces nouvelles conceptions.

Pour l'Ecole dynamiste (Jung, Maeder, Renklin, etc.) ces malades sont des « rêveurs éveillés », — selon l'expression des D^{rs} Borel et Robin, — qui dressent un barrage solide entre l'ambiance et leur autisme ; la prédominance de leur pensée subjectivé affective les détourne de la réalité hostile.

L'historique de la Démence précoce permet de constater que la théorie dynamiste n'apporte aucun élément nouveau aux anciennes théories.

L'unité kraepelinienne basée sur les états terminaux tient compte non seulement de la somme des déficits, mais encore de celle des signes fonctionnels modifiables. L'école de Kraepelin comme celle de Bleuler décrit la fréquence des guérisons spontanées des déments précoces, les rémissions de courte ou de longue durée, les formes frustes, la démence simple, légère, compatible avec la vie sociale.

Sérieux et ses élèves (Masselon, Dromard, Monod, Pascal, Séglas, Deny et Roy, Dide et Guiraud, etc...), sans parler des auteurs étrangers, ont apporté à la psychiatrie une importante documentation qui a édifié la théorie de la Démence précoce de Morel-Kraepelin. Aucun de ces auteurs n'oublie la valeur des lésions reversibles dans cette psychose.

Le Dr C. Pascal s'est attachée tout particulièrement à l'étude de ce dynamisme. Dans l'un de ses travaux sur la Démence précoce (100)* où elle synthétise les travaux antérieurs, elle cherche à discerner dans la multitude des intrications dynamo-déficitaires et au cours de l'évolution du processus morbide, la lésion pathognomonique de cette démence. Elle note, dans tous les domaines des manifestations cliniques, la « narcolepsie » ou la « parésie », qu'elle différencie constamment du déficit déméntiel. Elle cite cette phrase du Dr Dromard élève de Sérieux, qui caractérise si bien le dynamisme de la Démence précoce : « Le dément précoce est un riche dont les capitaux sont immobilisés ; plus tard il devient un pauvre effectif ».

Comme nous le voyons, l'intérêt de la Théorie psychogénétique de Bleuler et de son école réside dans le développement de ces données déjà anciennes. Ces différentes théories insistent sur l'importance de la discrimination entre le dément précoce susceptible d'amélioration et celui qui ne possède plus que des éléments psychiques devenus inutilisables. Pour savoir si ces malades conservent des possibilités de « réfection vitale » il faut chercher à pénétrer leur psychisme et à réveiller, si elle

(*) Les renvois chiffrés, entre parenthèses, du texte se rapportent aux numéros d'ordre de notre bibliographie.

existe, leur virtualité de vie psychique, d'adaptation à la réalité.

L'Ecole dynamiste possède peu de moyens pour déchiffrer l'ésotérisme déconcertant du langage verbal et mimique. Le sondage des complexes de Jung par les mots inducteurs, l'interprétation symbolique du comportement, la psychanalyse de Freud, sont des méthodes d'analyse difficiles à appliquer aux déments précoces à « barage solide ».

En 1928, le D^r C. Pascal entreprend, avec les D^{rs} Capgras et Vié, l'étude des agents pharmacodynamiques sur neuf vieilles démentes précoces (quatre du Service du D^r Capgras et cinq du sien). Elle charge le D^r Amiot (attaché au Service de l'Anesthésie des Hôpitaux de Paris) d'éthériser et de donner le protoxyde d'azote à ces malades. « En raison des doses immédiatement fortes, dit-elle, la phase d'excitation a été dépassée, nous avons noté surtout des phénomènes d'inhibition mentale, parfois quelques éclairs psychiques, par contre, le système moteur pyramidal et extra-pyramidal séparé des centres psychiques a été surexcité : signe de Babinski, exagération de tous les réflexes tendineux, hyperexcitabilité musculaire. Un fait important a été observé : un signe de Babinski, qui durait depuis de longues années, a complètement disparu ».

Depuis cette époque, le D^r C. Pascal a poursuivi ses recherches. Inspirée par les travaux de Moreau de Tours, fondateur de la Psychiatrie expérimentale, par ceux de Morel sur l'éther repris par le Professeur Claude et ses élèves les D^{rs} Borel et Robin, par les recherches de Krapelin sur le hachich, etc..., elle a eu l'idée de créer une Méthode pharmacodynamique d'exploration du psychisme des déments précoces, basée sur la graduation de la dynamogénie psychique. Cette méthode — que nous décrirons par la suite — est surtout mixte : elle utilise d'une façon successive ou combinée l'action des agents médicamenteux divers, susceptibles de créer une sommation d'excitations progressives.

En 1929, le D^r C. Pascal nous a fait l'honneur de nous associer à ses travaux. Elle nous a confié l'observation clinique des malades qui ont subi les expériences, en attirant notre attention sur les « vieilles démentes précoces ».

ces, qui gardent le secret indéchiffrable de la psychose ». Elle nous indiqua l'intérêt qu'il y aurait à vaincre leur immobilité, à chercher les « points hyperesthésiés » qui constituent le « dynamisme survivant » de la psychose, à mettre en valeur les « points inertes » qui représentent le déficit de la démence.

Ces recherches d'exploration pharmacodynamique ne peuvent pas constituer une technique absolument invariable. Elles sont avant tout biologiques, et doivent s'adapter à chaque malade. D'autre part, le Dr C. Pascal, voulant dégager les résultats de ces expériences, de toute théorie préconçue a, dans les observations effectuées, et ceci dans le but d'une recherche impartiale, insisté particulièrement sur l'*activité spontanée* ; paroles, mimique, actes, ont été minutieusement notés. C'est grâce à cette activité que nous pourrions connaître les possibilités de « réfection vitale » de nos démentes précoces.

Dans l'observation clinique des malades qui ont été soumises à l'exploration pharmacodynamique, cette activité occupe la première place. Pour le Dr C. Pascal, comme pour les Drs Dide et Guiraud, elle représente l'« élan vital ». Ce qui semble manquer aux malades, en dehors de l'excitation pharmacodynamique, c'est le « défaut de création et d'activation du moi », l'énergie vitale, les facultés d'adaptation, le contact avec la réalité, les tendances instinctives d'intérêt au moi et à l'ambiance.

Nous apportons 32 observations. Ces malades — type démence précoce de Morel-Kraepelin — sont des malades chroniques, fixées dans leur attitude morbide, pour lesquelles le diagnostic d'hébéphrénocatatonie est indiscutable. Certaines présentent des phénomènes de catalepsie très prononcés ; 27 sur 32, atteintes de mutisme, ont un comportement négativiste (stupéur rigide de Kraepelin). Nous avons éliminé les démentes précoces à forme délirante (délire de persécution et idées d'influence figées). Au début, nous avons surtout cherché à supprimer ou à diminuer le négativisme, le mutisme, pour pénétrer dans l'état mental de nos malades, mais l'observation clinique nous a montré une *symptomatologie motrice pyramidale, extra-pyramidale* et neuro-végétative. Nous nous sommes attachée à l'étude du psychisme, et, *accessoirement, de la*

motricité des éléments précoces : ce n'est que devant l'importance des signes moteurs observés que nous avons cru nécessaire de les rapporter dans ce travail, nous attachant particulièrement aux phénomènes de la motricité en rapport avec le psychisme. L'ensemble des modifications observées dans le syndrome catatonique sera étudié dans un travail plus général (108).

Nous avons employé la méthode d'analyse psychologique propre au D^r C. Pascal et, à la suite de ses travaux, nous avons essayé de dégager l'analogie et les différences existant entre la pensée onirique et la pensée hébéphrénique. En l'absence de phénomènes oniriques, les quelques faits qui ressortent de ces observations permettent de reprendre la théorie de Morel-Kraepelin, tout en comprenant la valeur de la conception dynamiste dont la partie thérapeutique et sociale est si importante. Comme le dit le D^r C. Pascal, le résultat des observations « concilie toutes les théories qui mettent en valeur l'intrication et la multitude des lésions dynamo-déficitaires ».

Nous avons divisé notre travail de la façon suivante : Dans une première partie comprenant l'historique de la question, nous envisageons les expériences pharmacodynamiques réalisées en psychiatrie, tant au point de vue de l'action des médicaments sur le psychisme, que sur le système cérébro-médullaire. Ensuite nous exposons rapidement les théories nosographiques et particulièrement les nouvelles conceptions schizophréniques qui ont mis en valeur certaines analogies entre le mode de pensée onirique et la pensée hébéphrénique, puis l'ensemble des méthodes à tendance plus ou moins psychanalytique employées jusqu'à présent dans le but de pénétrer le psychisme hébéphrénique.

Dans une troisième partie, la description de la méthode d'exploration employée et du mode d'administration des médicaments nous amène à la partie importante de ce travail : premièrement, la pensée onirique, puis les éléments d'analogie et de différenciation entre cette pensée et celle révélée chez nos malades par l'expérience ; deuxièmement, en l'absence de phénomènes nettement oniriques, les résultats obtenus dans l'analyse du psychisme hébéphrénique, ce qui permet à la fois d'évaluer

l'énergie d'adaptation à la vie réelle, ce qui reste du capital psychique, et de souligner l'importance des troubles fonctionnels dynamiques modifiables, souvent plus ou moins intriqués avec des troubles déficitaires qui semblent définitifs. L'exploration médicamenteuse nous a permis de noter la diversité et la variabilité des différents éléments du syndrome catatonique, la disparition ou la production momentanée de phénomènes cataleptiques.

La quatrième partie comprend l'ensemble des observations détaillées, divisé en cinq groupes suivant l'importance des phénomènes dynamo-déficitaires.

PREMIÈRE PARTIE.

HISTORIQUE DE L'EXPÉRIMENTATION PHARMACODYNAMIQUE EN PSYCHIATRIE

Nous étudierons d'abord dans cette partie les recherches expérimentales contemporaines de l'époque de Moreau de Tours qui portent sur le hachich, l'éther, la cocaïne et l'alcool. Pendant longtemps il y a eu peu de recherches de ce genre ; c'est avec Kraepelin que ces expérimentations reprennent.

Nous verrons ensuite successivement quelles furent, pour l'époque actuelle, les expériences faites avec les différents toxiques dans un but expérimental : études sur le psychisme puis sur les systèmes cérébro-médullaires où l'observation de l'action de certains alcaloïdes a apporté des lumières nouvelles à la physiopathologie des syndromes pyramidaux et extra-pyramidaux, des états hyperkinétiques parkinsonniens et catatoniques.

CHAPITRE PREMIER.

Psychiatrie expérimentale à l'époque de Moreau de Tours

Epreuve du hachich. — Le premier médecin qui inaugura la psychiatrie expérimentale fut Moreau de Tours (89) en 1845. Après quelques études sur le *Datura stramonium* il fait des expériences personnelles avec le hachich sous forme de dawamesk. Ce médicament par son mode d'action sur les facultés mentales lui paraît propre à guider l'étude des désordres moraux qui caractérisent la folie. « J'avais vu dans le hachisch, ou plutôt dans son action sur les facultés morales un moyen puissant, unique, d'exploration en matière de pathologie mentale : je m'étais persuadé que par lui on devait pouvoir être initié aux mystères de l'aliénation ».

Moreau voit dans la folie une grande analogie avec le rêve ; nous reviendrons sur ces théories. Pour lui le trouble fonctionnel occupe la première place. Il signale plusieurs des phénomènes de l'intoxication par le hachich. Suivant leur ordre chronologique il décrit le sentiment de bonheur, la dissociation des idées, le développement de la sensibilité, de l'ouïe (influence de la musique), la présence d'idées fixes, les impulsions irrésistibles, les hallucinations, ces derniers symptômes formant la « fantasia ». Le hachich lui permet d'étudier le désordre mental que la drogue fait naître et disparaître comme « par enchantement ».

Dans ses essais thérapeutiques il donne du hachich indien aux mélancoliques jeunes et stupides (déments précoces), aux maniaques, aux mélancoliques. Il constate que les phénomènes dynamiques subissent des variations, tandis que les lésions organiques des déments et des idiots restent invariables. Un de ses internes, Benjamin Ball, publie des observations de malades atteints d'hallucinations intermittentes de la vue et de l'ouïe qui ont été guéris par le hachich.

Vers la même époque, Théophile Gautier, dans un article, devenu célèbre, du journal « la Presse » décrit les principaux épisodes de « la fantasia » à laquelle il avait pris part (45).

En 1848, Rech (121) étudiant les effets du hachich chez les aliénés obtient des résultats analogues à ceux qui nous sont donnés par Moreau de Tours. A la même époque parut l'importante thèse d'Edmond Decourtive (36) où nous trouvons le compte rendu de quelques expériences personnelles.

En 1872, Villard publie une étude clinique sur le hachich (139), et dit avoir observé chez les fumeurs du Caire (il s'agit là d'une intoxication chronique) des « phénomènes analogues à la catalepsie donnant un état d'hébétéude et d'abrutissement ».

Quelques années plus tard, Pellereau (114) signale au contraire dans l'intoxication par le hachich « un état de surexcitation morale et physique ; le sujet parle beaucoup et avec excitation, les gestes sont vifs, la parole saccadée ».

Tous ces résultats sont assez variables. Il semble qu'on obtienne des effets différents suivant les doses et suivant les sujets.

Ethérisation. — En 1847, Sauvet (131) nous donne une observation personnelle assez détaillée sur les effets psychologiques produits par des inhalations d'éther. Après quatre minutes d'intoxication il signale un délire qui persiste vingt minutes, caractérisé par des hallucinations visuelles, une certaine excitation motrice avec euphorie. Plus tard Bocany (8) emploie l'éther dans le traitement de certaines affections nerveuses ; puis Moreau de Tours (90) signale son emploi dans les crises d'épilepsie. A la même époque, Brière de Boismont, (11) étudie l'action de l'éthérisation, et signale que les rêves obtenus « sont en rapport avec les préoccupations des malades et leurs idées dominantes ».

Mais c'est Morel qui, le premier, en 1854 étudie pour la première fois l'éthérisation comme moyen d'investigation psychique chez les hébéphrénos-catatoniques atteints de mutisme absolu (91-92). Il est persuadé que ces mala-

des ont une pensée délirante active. « Ce fut pendant l'éthérisation à laquelle nous les avons plusieurs fois soumis, dit-il, que nous avons pu entrevoir les tendances de leur délire. Chez l'un d'eux, pendant l'opération, on remarque un orgasme vénérien très prononcé et les habitudes solitaires auxquelles il se livre malgré son état de stupidité semblent se développer avec une intensité nouvelle après l'éthérisation. L'autre malade est, pendant l'inhalation, sous l'influence d'une excitation assez grande : les hallucinations qu'il éprouve semblent le transporter dans la région de ses pensées habituelles, il parle invariablement du paradis et des saints, il sourit avec un air de béatitude complète ».

A plusieurs reprises Morel (92-93) indique encore l'éthérisation comme un procédé d'investigations médico-légales et comme élément de diagnostic dans des cas de folie incontestable mais de forme indécise : « C'est alors un précieux moyen pour connaître d'une façon plus approfondie certains états intellectuels qui ne se révèlent pas toujours dans les paroles et les actes des aliénés ». Cet essai d'exploration psychique dans la démence précoce passe inaperçu. Seul Griésinger note l'état mental des aliénés après l'anesthésie au chloroforme et à l'éther et il décrit des « instants lucides ».

Action de la cocaïne. — Dans un article intitulé « Classification des maladies mentales et leur traitement par la coca », Montegazza, en 1866, nous dit « qu'il est utile, pour bien se rendre compte des symptômes de l'aliénation mentale, de se soumettre à l'usage de substances qui nous fassent passer par toutes les formes de cette maladie. Les *coqueros* de Bolivie qui usent beaucoup de cette substance finissent toujours par tomber dans la démence et la manie. » Il prétend que le remède héroïque de certaines démences se trouve dans le tartre stibié et la coca.

Action de l'alcool. — En 1873, des expériences sont faites avec l'alcool par Obernier (99) sur des malades qui habituellement ne parlent pas. Il l'utilise dans un but de diagnostic et de pronostic pour distinguer les mélan-

coliques stupides des déments. Il se demande si derrière l'apparente hébétude des malades il n'y a pas de persistance des sentiments affectifs, des conceptions délirantes. Il cite deux observations : le premier malade après sept semaines de traitement par l'alcool se décide à écrire correctement à ses parents ; l'autre sort de son état de stupeur, agit et parle, ce qui permet de se rendre compte de son affaiblissement intellectuel.

CHAPITRE II.

Exploration pharmacodynamique à l'époque actuelle

Pendant une cinquantaine d'années environ nous ne trouvons presque aucun travail d'expérimentation pharmacodynamique. C'est Kraepelin et ses élèves qui refirent de nombreuses expériences de laboratoire avec les « poisons de l'intelligence ». En 1920, G. Lange entreprend une série d'études à l'aide de certains alcaloïdes (cocaïne, scopolamine, morphine). A partir de cette époque paraissent un certain nombre de travaux tant au point de vue de l'action *sur le psychisme* que de l'action *sur le système cérébro-médullaire*.

*
**

A). — *Action des agents pharmacodynamiques sur le psychisme.*

Epreuve du hachich. — Depuis que Baudelaire écrivit « Les paradis artificiels », la littérature et la science nous ont donné beaucoup de documents intéressants (9-34-47-138), mais, depuis Moreau de Tours, nous n'avons pas trouvé de nouvelles expériences faites avec le hachich sur les aliénés.

Dernièrement le D^r Kerim Fahreddin (67-68) a étudié l'ébriété hachichique et a montré que l'intoxication chronique prépare le terrain à la Démence précoce. Il cite Kraepelin et Mazhar Osman qui ont observé que l'intoxication par le hachich produit des impulsions et des troubles de l'affectivité analogues à ceux de l'hébéphrénie. Pour Kerim Fahreddin, de l'ébriété hachichique au rêve schizophrénique, et de cet état à la dissociation déméntielle il y a une échelle graduelle de désintégration psychique.

Epreuve de l'éther. — En 1913, le D^r Dupouy utilise l'éthérisation dans un cas rebelle d'obsession. Mais c'est

au Professeur Claude et aux D^{rs} Borel et Robin (28) que revient le mérite d'avoir repris les recherches expérimentales de l'éthérisation chez les aliénés. La technique est simple : éthérisation légère à l'aide du masque d'Ombredanne. « En raison de sa haute valeur diagnostique, dit Claude, elle est tout aussi licite qu'une ponction lombaire et qu'une exploration pleurale ». Après la période d'excitation incohérente il y a la phase des « incohérences utiles » ; au réveil, lorsque le psychisme est relâché, on peut sonder la personnalité par un interrogatoire rapide, ou par le test des mots inducteurs. On cherche à ébranler l'affectivité. Souvent on obtient un véritable intervalle lucide ; au bout d'une demi-heure la fatigue apparaît.

Claude et Robin (32) citent le cas d'une malade antérieurement incohérente, avec une attention impossible à capter et qui au réveil de l'éthérisation raconte son passé, ses chocs moraux, avec des réactions émotives normales. Cette méthode a permis à Claude et à Robin de distinguer la schizomanie, syndrome fonctionnel, de la démence précoce, syndrome organique.

Les D^{rs} Nathan et Maurice (95-96) utilisent l'éthérisation dans un but de diagnostic ; elle révèle chez un malade un délire d'influence. Dans un autre cas (il s'agissait d'hébéphrénocatatonie), ils suppriment le négativisme et le mutisme. Toutes ces expériences restent limitées à quelques cas et demandent à être poursuivies.

Epreuve de la cocaïne. — Ce « poison euphoristique » suivant l'expression des D^{rs} Dupré et Logre (42), a été ces derniers temps l'objet de recherches très importantes. A l'heure actuelle on connaît très bien son action sur le psychisme et sur la physiologie. Les études expérimentales faites avec cet alcaloïde conduisent à une analyse fructueuse des facultés mentales, à l'état normal et à l'état pathologique.

Le D^r Lange (79) observe que 0 gr. 02 de cocaïne introduits par la voie buccale produisent un état d'excitation très léger, avec euphorie, exaltation des facultés motrices et de l'association des idées ; la faculté de calcul semble décuplée. Le D^r Norbert Marx (82), explique l'euphorie cocaïnique par une accélération des associa-

tions idéatives, due elle-même à ce que les barrières entre l'inconscient et le conscient sont levées, et qu'il y a effraction du processus de la « censure » sous l'influence du toxique.

Pour Freud l'action euphorique de la drogue serait due non à une hyperexcitation intellectuelle, comme celle que produisent le café et l'alcool, mais à un sentiment de toute puissance, apparu secondairement, grâce à la disparition de toute cause déprimante : sensation de faim, de sommeil... Il s'agirait d'une exaltation du sentiment normal de bonne santé.

Le Dr Maier de Zurich (81) étudie avec Jacob Mensch l'action de la cocaïne sur les cocaïnomanes désintoxiqués depuis peu de temps. Il emploie des petites doses de cocaïne en prise, en même temps qu'il fait boire à ses malades du café très fort. Il examine le fond mental par la méthode de Jung et parvient de cette façon à réveiller des complexes refoulés et des souvenirs émotionnels qui défilent en série « à la manière de films cinématographiques ».

Chez les vieux cocaïnomanes qui prennent des doses très élevées, Maier note des états de dissociation schizophréniques, ce qui lui fait penser que la démence précoce serait d'origine auto-toxique, par troubles fonctionnels endocriniens, sans lésion anatomique.

Le Dr Hinsén (56) note que la cocaïne, à la dose de 0,65 par injection sous-cutanée, chez les paralytiques généraux en état de stupeur, lève l'inhibition verbale et psychique, mais a une action moindre sur l'inhibition motrice et n'agit pas du tout sur les autres symptômes de l'affection.

Le Dr Sacristan (129) fait des expériences sur trente malades catatoniques en leur faisant de la cocaïne par voie sous-cutanée, à des doses variant de 0,025 à 0,10. Dans huit cas, aucun phénomène psychique ; dans les autres, certains effets d'ordre affectif (larmes, érotisme variable). L'effet euphorique signalé chez les individus sains est remplacé ici par un état plutôt dépressif ; chez quelques-uns rupture momentanée de la stupeur ; on peut entrer en contact avec les malades qui auparavant se confinaient dans un mutisme absolu. Sacristan signale

également qu'il a obtenu par cette méthode ces réactions d'ordre vagotonique chez les déments précoces.

Berger (4) par injections sous-cutanées de 0,02 à 0,05 de cocaïne chez des catatoniques à l'état de stupeur, obtient un réveil transitoire (1 à 2 heures) du malade, mais ce phénomène ne se produit pas chez les catatoniques depuis trop longtemps en stupeur.

Fleck (43) obtient des succès par injection de fortes doses (0,10) de cocaïne dans tous les états de stupeur. Bietowski prétend obtenir les mêmes résultats.

Le D^r C. Schneider (133) signale trois malades qui sont plus ou moins sortis de leur état de stupeur sous l'influence de la cocaïne administrée par la voie sous-cutanée.

Ces expériences nous montrent que la cocaïne peut supprimer les inhibitions et produire des états de relâchement psychique utiles à l'analyse affective. L'excitation de la mémoire permet de mesurer le capital psychique, son stock de représentation et d'état affectif, d'évaluer l'association, la coordination des idées et le degré d'émotivité.

L'épreuve de la cocaïne peut prendre une place importante parmi les méthodes d'exploration psychique, mais à la condition de ne pas utiliser des doses toxiques et d'en surveiller très étroitement l'emploi.

Epreuve du somnifène. — Le somnifène a été utilisé en France par le professeur Claude dans le but d'explorer le psychisme (19).

Le relâchement de la contrainte psychique par l'action du somnifène a été signalé par le professeur Laignel-Lavastine (77). A la phase de sommeil succède une période de loquacité plus ou moins marquée pouvant durer deux ou trois jours : les malades extériorisent leurs sentiments, leurs idées intimes et leurs souvenirs habituellement refoulés.

D'autres expériences furent faites par quelques auteurs, en particulier le D^r Marie et le D^r Quercy (118). Le D^r Lafora (76), en Espagne, a entrepris une série d'expériences chez les hébéphréniques et il a signalé la suppression du négativisme et la modification de l'autisme.

La narcose prolongée à l'aide du somnifène est également appliquée chez les schizophrènes par le Dr J. Klaesi (69) ; de cette façon il a pu modifier les relations de l'individu avec l'entourage, le contact affectif avec le médecin devient plus étroit, le malade sort de son hostilité habituelle. L'auteur donne à ces phénomènes une explication purement psychologique : ce changement d'attitude proviendrait de la faiblesse du malade, lui faisant éprouver un grand besoin de protection. Klaesi explique de la même façon les améliorations obtenues à la suite d'affections fébriles ou sous l'influence d'agents pyrérogènes. Ayant traité vingt-six malades très agités qui sont restés cinq à sept jours sous l'influence du somnifène, il a obtenu dans douze cas des résultats appréciables, consolidés par des mesures psychothérapiques. Oberbolzen (98) signale que chez les schizophrènes les rapports intellectuels et affectifs peuvent être renoués avec le malade pendant la narcose au somnifène.

Un élève de Claude, le Dr Pauker (112), qui a expérimenté le somnifène chez les catatoniques signale « un léger degré d'excitation psychique avec verbigération qui permet d'explorer l'état mental des malades d'une façon intéressante et utile ». A notre avis les instants lucides semblent de courte durée et il se peut que parfois la confusion toxique vienne aggraver la dissociation mentale.

Epreuve de l'opium et de la morphine. — Les travaux littéraires et scientifiques sur les « paradis artificiels » créés par ces médicaments sont innombrables. L'action d'anesthésie psychique de ces toxiques les font employer de préférence chez les mélancoliques anxieux. Il semble qu'il se crée surtout un état de « béatitude égoïste », selon l'expression de Logre, qui ne favorise pas l'extériorisation des complexes. En effet, d'une façon générale, nous n'avons obtenu aucune excitation ni aucun relâchement psychique (*).

(*) Certains auteurs signalent l'action psychique d'autres médicaments. (Voir notamment Em. Pascal (111). Mais, de même que nous avons éliminé de notre série d'expériences l'emploi de l'opium et de la morphine, en raison de la prédominance, sur les phénomènes d'excitation, des phénomènes de sédation psychique qu'ils provoquent, — nous avons, pour la même raison, négligé l'emploi de certains complexes médicamenteux (scopolamine-atropine par exemple).

Épreuve de la caféine. — Maier en 1923 a fait des recherches sur l'action du café et de la caféine sur l'homme. Il signale une stimulation de l'activité cérébrale. En examinant quatorze sujets il note une amélioration du travail en qualité et en quantité. Il a associé la caféine à la cocaïne et a remarqué que ce mélange augmentait le pouvoir excitant de la cocaïne.

Épreuve du peyotl et du yajé. — Le peyotl, « la plante qui fait les yeux émerveillés » selon la pittoresque expression du D^r A. Rouhier qui en a fait une étude si intéressante (127), est un petit cactus mexicain (*Echinocactus Williamsii*) dont l'ingestion crée un état d'ivresse visuelle extrêmement curieux. Les Indiens considèrent cette drogue comme un principe divin.

D'après Rouhier, l'intoxication par le peyotl comporte deux phases : « L'une, très courte, de surexcitation générale, de contentement, d'euphorie, l'autre de sédation nerveuse, de paresse physique plus ou moins accentuée, d'hypocéréalité. Cette dernière phase est remplie presque entièrement par la production de visions colorées ».

Le D^r Landry (78) de Logansport (Indiana) utilise un des premiers le peyotl au point de vue thérapeutique. En 1889, il signale son action excellente comme toni-cardiaque. Prentiss, Morgan (115) et W. Dixon (40) le considèrent comme antispasmodique et stimulant à la fois. « Il pourrait être employé dans les cas de mélancolie, hypocondrie et neurasthénie ». Les deux premiers signalent que les phénomènes se produisent par « vagues » avec des paroxysmes et des rémissions, fait analogue à celui constaté avec le hachich. Le D^r Briau (10) l'expérimente sur lui-même et sur les malades anxieux. Lumholz et Mooney l'ont utilisé avec succès, à l'état frais, dans le surmenage physique. Les D^{rs} Havelock Ellis, Putt, Eshner ont étudié l'action du peyotl sur le psychisme et sur la motricité ; ils signalent de l'euphorie intellectuelle et un sentiment d'énergie physique très agréable.

Concernant l'action toni-sédative et stimulante sur le système nerveux du principal alcaloïde du peyotl : la mescaline (obtenue synthétiquement), nous renvoyons à l'important travail publié récemment par le D^r Kurt Be-

ringer (75). Le Dr Mayer-Gross (85) étudie lui aussi la mescaline synthétique à l'aide de laquelle il provoque expérimentalement des états schizophréniques. Les Drs Monakow et Mourgue (87) considèrent que cet alcaloïde produit un « état particulier d'onirisme avec conservation relative de l'orientation, accompagné de phénomènes pseudo-hallucinatoires ». Le professeur Lewin (80) s'était beaucoup occupé de la question du peyotl auquel il a donné, assez inexactement d'ailleurs, le nom d'*Anhalonium Lewinii*. En Angleterre, le Dr Klüver, dans un petit livre très documenté (3) nous donne quelques renseignements sur les effets psychologiques du peyotl.

Ce sont les travaux de A. Rouhier sur le peyotl (127), qui nous ont donné idée d'essayer sur nos malades l'action de ce médicament. Rouhier nous dit lui-même qu'il « considère le peyotl comme un possible instrument psychométrique, utilisable (à condition de savoir parfaitement le manier) aux fins d'une mayeutique psychanalytique »... et qui « peut être précieux en tant qu'agent créateur d'un onirisme dont les images, émanées d'un subconscient plus ou moins médiateur, peuvent déceler les idées informulées et les tendances profondes d'un individu à l'aide d'un graphisme visuel impératif, manifesté en plein état de conscience éveillée et lucide. »

Une observation personnelle nous est fournie par le Dr Andrée Koang-Hobschette (71-72). Très récemment le Dr Pierre Quercy (116-117) dans une thèse considérable a publié une étude très intéressante sur les effets du peyotl. Il signale, à propos des hallucinations visuelles obtenues sur lui-même, l'existence du « refus de la perception vraie », de la figuration à l'infini ; de plus il note le rôle très important des images consécutives.

La mescaline fit le sujet d'études de laboratoire d'après lesquelles Raymond-Hamet (126) est arrivé aux conclusions suivantes : « action, d'ordinaire hypotensive et vasodilatatrice, qui abolit les effets de l'excitation électrique du vague au niveau du cou, et qui, enfin provoque, initialement, une violente contraction intestinale ».

Dans son livre sur « Les Plantes divinatoires », et dans une série d'articles divers, Rouhier (123 et suiv.), a également étudié le yajé (*Banisteria Caapi*). Il signale les cu-

rieuses propriétés télépathiques qu'on lui a attribué : « Les sorciers et les empiriques indiens utilisent le yajé pour deviner l'avenir et prévenir les attaques de leurs ennemis ». Son alcaloïde le plus important est la banistérine, identique à l'harmine du *Peganum harmala*, toutes deux utilisées dans le parkinsonisme encéphalitique (37-94), où ils produisent des phénomènes de libération, de relâchement du tonus musculaire, action analogue à celle de la scopolamine mais qui, d'après Delmas-Marsalet serait plus transitoire. D'après Kurt Béringer (74) on obtient avec le yajé, chez les parkinsoniens, une augmentation de la force, de l'amplitude et de la régularité du mouvement volontaire ; la marche est améliorée, la parole est plus intelligible, plus rapide. Cet auteur propose l'emploi de ce médicament dans le but de rechercher les bases organiques du syndrome catatonique. Mais le rapprochement étroit de la dose thérapeutique et de la dose toxique de la banistérine s'oppose à son emploi à des doses suffisantes. Dernièrement Tomesca (137) essaya l'harmine et réussit, à la dose de 0 gr. 02 à 0 gr. 04, à supprimer plus ou moins complètement le négativisme des malades.

Un autre produit, le protoxyde d'azote déjà expérimenté par Priestley son inventeur, qui l'avait appelé « gaz hilarant », a été tout récemment employé sur lui-même, à plusieurs reprises par William James (57). Ce philosophe constate « une intensité extraordinaire de visions métaphysiques.... l'esprit aperçoit toutes les relations logiques de l'être avec une subtilité et une rapidité apparente sans exemple dans la conscience normale ».

Humphry Davy, grâce aux inhalations de protoxyde d'azote, observe un état de relâchement mental utile à l'exploration psychique.

*
**

B) Action des agents pharmacodynamiques sur le système cérébro-médullaire

Épreuve de la scopolamine. — Nous rappelons que les D^{rs} Foix et Thévenard en 1923 ont enrichi le parkinson-

nisme post-encéphalitique d'une symptomatologie nouvelle : les réflexes de posture. Le Dr Delmas-Marsalet (38) dans un travail remarquable nous a montré que la scopolamine permet d'obtenir une atténuation progressive de l'amplitude et du temps de détente des réflexes de posture élémentaires, allant jusqu'à leur abolition complète. En même temps, il y a diminution de la raideur présentée par ces malades ; souvent il y a apparition de signes pyramidaux qui sont au maximum lorsque les réflexes élémentaires de posture sont abolis. Cet auteur crée ainsi un procédé d'exploration précis de la motricité réflexe volontaire qu'il désigne sous le nom d'*épreuve de la scopolamine*. D'autre part il rattache l'exagération des réflexes de posture à la vagotonie (coïncidence des deux phénomènes) et explique ces faits par le dérèglement général fonctionnel d'un mécanisme économique de tous les centres nerveux.

Cette notion fort intéressante nous conduit aux frontières de l'activité physiologique, dans la zone des interférences neuro-psychiques et dans le domaine mental ; elle nous fait entrevoir d'autres dérèglements subordonnés à la loi économique de l'énergie psychique. A la frontière physiologique, parmi les chaînons intermédiaires entre l'organicité pure et l'activité psychique consciente, nous trouvons un mécanisme dérégulé de la motricité : la cata-tonie et les états cataleptiformes.

Les réflexes élémentaires, étudiés par Claude (28) chez les déments précoces catatoniques, sont parfois modifiés par la scopolamine, mais dans tous les cas il n'y a aucune modification de l'état catatonique. Récemment, Delmas-Marsalet (39) nous a donné une nouvelle étude des réflexes de posture confirmant et complétant ses précédents travaux et nous montrant, le rôle de l'épreuve de la scopolamine dans les états parkinsoniens.

Epreuve de la bulbo-capnine. — En 1922, le Dr De Jong, d'Amsterdam (58), put reproduire chez le chat, grâce à des injections de bulbo-capnine, la catalepsie du tronc et des membres, qu'il désigna sous le nom d'état cataleptoïde.

Schaltenbrand (132) en faisant des expériences sur des

animaux dans le laboratoire de Magnus, à Utrecht, a montré que l'intoxication par la bulbo-capnine ne donne plus lieu à la catalepsie chez le chat, immédiatement après l'ablation du cortex. Mais si on attend un certain temps, chez l'animal thalamique (privé d'écorce cérébrale), il redevient possible de provoquer la catalepsie par la bulbo-capnine (62). Buscaino et Guiraud (51-52), s'appuyant sur ces expériences, défendent à plusieurs reprises l'hypothèse de l'origine sous-corticale de nombreux symptômes catatoniques.

Au contraire, Claude et Baruk (20-22), comparant la catatonie expérimentale obtenue à l'aide de la bulbo-capnine chez l'animal et le tableau clinique habituel des manifestations catatoniques, en arrivent à conclure qu'il s'agit probablement d'une atteinte encéphalique diffuse mais en tous cas à prédominance corticale : « Nous avons à faire à des phénomènes de libération mésocéphalique analogues à ceux réalisés dans les expériences de décérébration. »

En 1929, des expériences plus nombreuses avec des doses croissantes de bulbo-capnine chez les animaux où le néocortex est absent, rudimentaire, ou, bien développé, permirent à De Jong et Baruk (59 et suiv.) d'insister sur l'assimilation des phénomènes d'intoxication par la bulbo-capnine avec les symptômes catatoniques et sur « l'importance du facteur cortical dans la pathogénie d'un certain nombre d'éléments du syndrome catatonique, tout au moins de la catalepsie et du négativisme ».

La bulbo-capnine introduite par la voie intraveineuse chez les déments précoces permet à Buscaino (12) et à Umberto de Giacomo (46) de provoquer expérimentalement des phénomènes de catalepsie. Dans un travail d'ensemble, De Jong et Baruk (64) développent plus longuement leurs conclusions ; elles semblent comparables à celles de Donaggio (41) qui, ayant fait des expériences avec la bulbo-capnine chez le chat, et y joignant des études anatomo-pathologiques, en conclut que les lésions de l'écorce cérébrale sont à la base des troubles d'apparence catatoniques. Dans ce travail, on voit donc un auteur moderne reprendre la théorie toxique de la démence précoce, longuement défendue par Sérieux et son élève Régis.

Dernièrement, au Congrès de Berne, le professeur Claude et Baruk (25) exposèrent leur étude du tonus musculaire psycho-moteur et des variations dynamiques de l'activité cérébrale. Ils conclurent que l'hypertonie est d'origine psycho-motrice.

Épreuve du somnifène. — Différentes expériences furent faites sur les déments précoces catatoniques avec des doses variables de somnifène administré par la voie intraveineuse. Nous signalons, en particulier, les travaux de Buscaïno et de Giacomo (13), ceux de Baruk et Morel (3), du professeur Claude et de Baruk (17-18), la thèse d'un de leurs élèves, Pauker (112). Ces auteurs ont obtenu au début de la narcose un premier fait négatif : absence de résolution musculaire, puis des manifestations motrices : mouvements complexes d'allure volontaire, phénomène rappelant les réflexes de défense de Babinski et Jarkowski, ou les réflexes d'automatisme médullaire de Pierre-Marie et Foix. Parfois apparition de phénomènes pyramidaux (un signe de Babinski plus ou moins transitoire, parfois bilatéral) et des troubles sympathiques (exagération du réflexe pilo-moteur). D'une façon générale ces auteurs signalent l'importance des phénomènes de libération psychique et psychomotrice. On obtient « des phénomènes de libération mésocéphaliques analogues à ceux réalisés dans les expériences de décérébration » (Claude et Baruk) (20).

Épreuve de la cocaïne. — Les expériences furent faites avec des injections sous-cutanées de cocaïne. Cet alcaloïde est un des seuls agents auxquels les déments précoces sont assez sensibles : une injection de cocaïne peut suspendre pendant quelque temps la stupeur catatonique. Fidelo Negro (97) fit des injections musculaires de cocaïne chez les parkinsoniens. Il signale une suppression du phénomène de la roue dentée, tandis que d'autres produits, comme la nicotine, l'ergotamine, augmentent l'intensité de ce phénomène.

Épreuve de l'atropine et de la pilocarpine. — Chez les

catatoniques l'atropine en injection sous-cutanée ne produit aucune modification des phénomènes catatoniques ni des réflexes de posture ; ceci a été constaté par Pauker chez trois malades. Au contraire, avec l'atropine, Delmas-Marsalet signale une légère atténuation des réflexes de posture chez les parkinsoniens et une augmentation notable de ces réflexes sous l'influence de la pilocarpine.

Toutes ces recherches pharmacodynamiques sont riches d'enseignement pour la psychiatrie ; elles posent le problème du diagnostic fonctionnel.

« En psychiatrie comme en neurologie elles permettent de créer des symptômes nouveaux, de dépister des syndromes latents, d'aggraver des syndromes en évolution, de dissocier les différents troubles neurologiques » (C. Pascal).

Par cette exploration pharmacodynamique nous pouvons étudier la psychologie de nos malades et apporter quelques données au problème de l'analogie de la folie et du rêve, important problème depuis si longtemps posé en psychiatrie.

DEUXIÈME PARTIE

CONCEPTIONS ACTUELLES SUR LE DYNAMISME DES SYMPTOMES DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

CHAPITRE PREMIER

Pensée hébéphrénique et modes alogiques de pensée (Rêve, rêverie, pensée archaïque)

L'excitation pharmacodynamique, qui extériorise la pensée intérieure, permet de comparer le psychisme des hébéphréniques aux modes alogiques de pensée, tels que la rêverie, le rêve, le psychisme archaïque ou primitif. De même, il est possible de rechercher si le mode de pensée révélé par les excitants chimiques diffère en quelques points de la pensée des hébéphréniques telle que nous la révèle le langage spontané ou l'interrogatoire pratiqué par la technique ordinaire. Cette comparaison présente un intérêt d'actualité, étant données les conceptions de Bleuler et de ses disciples sur la schizophrénie.

L'idée d'analogie entre l'état de rêve et la folie était très répandue autrefois. Moreau de Tours (88-89) n'a-t-il pas écrit : « La folie est le rêve de l'homme éveillé... Dans les deux cas il y a extinction, anéantissement lent ou brusque de la spontanéité intellectuelle, métamorphose du moi, rêve... L'erreur n'est que le songe d'un homme éveillé, à un certain degré, elle devient le délire ». De longues discussions eurent lieu à propos de ces idées nouvelles que plusieurs aliénistes, Baillarger (2) et Maury (83-84) en particulier partageaient.

Ces conceptions trouvèrent des défenseurs en Allemagne, Wund (140) et Spitta (135) entre autres. Rades-

tock (119) qui résuma sa pensée en disant : « La folie n'est qu'une exagération d'un phénomène normal et périodique : le rêve ». A cette époque, Griesinger (48) voyait dans les rêves un accomplissement des désirs, il croyait reconnaître là un trait commun aux représentations mentales du rêve et des diverses psychoses. Krauss trouvait dans la sensation d'excitation du corps et dans la cénesthésie l'élément fondamental de parenté entre le rêve et la folie.

Actuellement, sous l'impulsion de la doctrine de Freud, le mécanisme psychologique du rêve a été soigneusement étudié. Il nous a apporté, avec les autres procédés d'investigations psychanalytiques, des renseignements capitaux pour l'interprétation des délires et des langages pathologiques. Par une analyse approfondie des rêves, Freud et son école, cherchent à pénétrer au delà des apparences. Ils insistent sur la valeur symbolique des rêves et sur le rôle des complexes. Ils distinguent le contenu véritable du contenu manifeste d'apparence bizarre et chaotique. C'est en ce sens que Freud a pu dire que les rêves sont les réalisations des désirs, qui la plupart du temps sont des désirs sexuels, ces derniers étant la source la plus importante de notre activité psychique consciente et inconsciente.

La psychiatrie a suivi cette voie. L'hypothèse de l'analogie entre le rêve et la folie s'est trouvée une fois de plus féconde. Les mêmes principes, les mêmes explications se retrouvent dans la psychopathologie de la plupart des psychoses, en particulier dans celle de la démence précoce qui est essentiellement une névrose narcissique, c'est-à-dire que la « libido » se détachant des objets extérieurs se retourne vers le moi ; cette libido a évolué d'une façon défectueuse en s'attardant à des points de fixation correspondant à des phases infantiles de son développement. Son adaptation sociale est devenue fragile, elle renonce donc à se satisfaire et revient à la phase la plus ancienne et la plus personnelle de toutes, celle de l'autoérotisme, où la sensibilité sexuelle est diffuse.

Pour Freud (44) les déments précoces, se désintéressent du monde extérieur ; comme de véritables rêveurs ils perdent contact avec la réalité. Leurs rêves suivraient les lois du rêve normal et seraient pleins de compensations. Les malades se complaisent aux symboles, aux jeux d'imagi-

nation, aux représentations affectives par lesquels se traduisent les complexes inconscients de leur auto-érotisme. Freud peut ainsi rapprocher la démence précoce du rêve, car dans ce dernier également il y a narcissisme absolu, « état dans lequel la libido et l'intérêt du moi vivent, réunis et inséparables, dans le moi se suffisant à lui-même ». Le dément précoce subirait donc un rêve à base d'érotisme dont il serait le héros ; il y aurait un symbolisme analogue à celui du rêve exprimant des tendances dérivées de l'instinct sexuel mais souvent travesties dans un essai de sublimation. On retrouverait sans peine chez ces malades le « langage des songes » que Freud a retrouvé chez le rêveur normal. Freud et son école en arrivent à considérer la démence précoce non comme une véritable démence, mais comme l'expression d'apparence incohérente de tendances inconscientes anormales.

Certains psychiatres psychanalytiques presque orthodoxes, Yung, Mäeder (65-66), ont développé et précisé les idées de Freud tout en conservant le principe fondamental de la psychanalyse. Pour eux, tout, dans l'ancienne démence de Kraepelin, dans la schizophrénie de Bleuler, est la manifestation de tendances inconscientes anormales : non seulement les délires, non seulement les troubles intellectuels et affectifs mais encore l'inertie motrice, la catatonie, les signes physiques eux-mêmes sont l'expression d'un psychisme inconscient anormal.

Quoique élèves de Bleuler ces auteurs restent des psychanalystes purs. Pour Bleuler (6-7), qui le premier a vu l'intérêt des théories psychanalytiques dans l'étude de la démence précoce, la schizophrénie est une maladie essentiellement organique. Il décrit des symptômes primitifs dérivant directement de l'atteinte organique. Mais ces symptômes sont peu apparents et masqués par une prolifération de symptômes dits secondaires dont la description et l'interprétation occupent la plus grande partie de l'ouvrage princeps de Bleuler ; pour ces symptômes secondaires Bleuler accepte en grande partie les tendances psychanalytiques.

Pour Minkowski (86) la principale manifestation de la schizophrénie se trouve également dans l'autisme « qui est synonyme d'intériorisation », les phénomènes de rêve et de rêverie pris dans la vie normale servant de proto-

type pour rendre plus claire la façon d'être des schizophrènes. Il insiste sur l'activité autiste avec absence d'élan vital, les actes « figés » ou à court-circuit et qui ne cherchent pas à aboutir, le schizophrène n'agit pas parce qu'il ne peut pas agir, mais parce qu'il ne veut pas agir. L'auteur distingue l'autisme riche de l'autisme pauvre. Le premier a pour prototype le rêve, caractérisé par la prédominance d'un monde imaginaire où les complexes jouent un rôle important, déterminant le contenu de la psychose. Les facteurs dynamiques de la personnalité qui en temps normal en font une continuité vivante sont profondément touchés, les facteurs statiques au contraire sont intacts. Minkowski établit une différence importante entre la rêverie normale et la rêverie morbide, la première restant soumise à « la conscience latente de la réalité » ce qui manque justement à la seconde qui se trouve située « à côté de la réalité ». Pour Hesnard et Laforgue (54-55) l'autiste vit, dans un monde imaginaire intense, un rêve tenace avec absence de déficit affectif. « On a l'impression en pénétrant dans ce monde intérieur que le sujet y prend un intérêt assez puissant pour renoncer parfois sans d'autre raison à s'occuper sérieusement de la vie réelle ».

Le professeur Claude (14-29) et son école estiment que les théories psychologiques ne peuvent pas s'appliquer à tout l'ensemble des malades disparates englobés dans la schizophrénie de Bleuler. Il divise cette schizophrénie en deux groupes morbides : Premièrement, une maladie organique acquise : la démence précoce de Morel, caractérisée par le développement précoce d'une démence véritable ; deuxièmement, le groupe des schizoses (affections surtout psychiques) pour lesquelles la notion de constitution schizoïde et les explications à tendance psychanalytique sont valables. Chez ces malades, Claude a pu obtenir, par certains procédés expérimentaux comme l'éthérisation, la psychanalyse, l'hypnose, la révélation d'un fonds mental resté intact derrière l'apparence dementielle. Il peut distinguer ainsi la démence précoce type Morel, de la schizophrénie.

Depuis 1911, le Dr C. Pascal (100-102-106) poursuit ses recherches sur la Démence précoce. A plusieurs reprises elle s'est intéressée au problème de la comparaison du

rêve et de cette démence. Elle a exposé ses recherches dans une série de travaux récents (103-107-110) où elle insiste particulièrement sur la multitude des intrications dynamo-déficitaires au cours de l'évolution du processus morbide et où elle note des phénomènes de « narcolepsie », de « parésie », qu'elle différencie à chaque instant du déficit démentiel. Avec le Dr C. Pascal, la Démence précoce réintègre le cadre de Morel-Kraepelin, redevient l'entité morbide : l'hébéphrénie. Quant aux formes de la schizophrénie, elles restent les étapes évolutives initiales de la Démence précoce : période prodromique, formes frustes de Sérieux-Monot, démence simple de Sérieux et d'Otto-Diam. Elles représentent la symptomatologie fonctionnelle prédominante au début et, mieux, au cours de l'hébéphrénie.

Pawlow (113) va beaucoup plus loin que toutes ces théories : il insiste sur l'importance des phénomènes d'inhibition, et admet que la schizophrénie est un état d'hypnotisme chronique.

L'ensemble de ces théories différentes (qu'elles voient ou non une analogie entre le rêve et la Démence précoce) nous montre que la psychogénèse est à la base de toutes ces nouvelles doctrines schizophréniques. La psychologie de l'inconscient a marqué en psychiatrie une orientation nouvelle : le contenu des psychoses et le sens des symptômes occupent une place prédominante.



CHAPITRE II

Méthodes d'exploration du psychisme des déments précoces

Par quels moyens peut-on pénétrer dans le psychisme des Déments précoces ? Comment déchiffrer leurs syllogismes morbides, leurs néologismes, enfin l'ésotérisme déconcertant du langage verbal et mimique ? Comment évalue-t-on, si elle existe, l'activité intérieure qui ne s'extériorise pas ? Freud, nous l'avons vu, range ces malades dans le cadre des névroses narcissiques, inaccessibles à la psychanalyse. De Saussure (130) affirme que cette méthode ne peut être utilisée chez les déments précoces en raison du mutisme fréquent chez ces malades qui, d'autre part, ne possèdent pas la faculté de transfert des sentiments, essentielle pour l'amélioration. Ils sont indifférents à tout, même à la guérison. Les recherches entreprises par Freud n'ont jamais pu ranimer le conflit pathologique et surmonter la résistance opposée par le refoulement : « la libido, dit-il, s'est détachée des objets et transformée en libido du moi ».

La psychanalyse affective et symbolique de Bleuler, de De Jong et Maeder, se rapproche par la nature des interprétations de la psychanalyse de Freud mais s'en distingue par la technique. Elle analyse le comportement non dans le but de noter des signes, mais dans celui de leur trouver un sens, toujours le même, le symbolisme sexuel. Comme méthode objective, elle utilise les moyens de la clinique. Toutes les réactions provoquées et spontanées sont nécessaires à l'exploration psychique. De Jong sonde les complexes grâce au test des mots inducteurs, le matériel refoulé se manifeste fréquemment par des stéréotypies. La méthode de Bleuler est l'analyse clinique subtile des « infiniments petits », de la conduite, du langage, de la mimique, des gestes et des attitudes ; elle requiert les qualités de la « Gefühlsdiagnose » indiquées par Betschtereew. Quoiqu'il en soit, la théorie de Bleuler est d'une haute portée clinique. Elle attire notre attention sur les vieux

déments précoces d'asile « qui, dans leur immobilité, ont l'air de véritables momies, mais qui souvent conservent des points hyperesthésiques ». « Souvent, on est surpris, ajoute-t-il, de trouver chez ces malades, sous une forme démentielle, des intelligences beaucoup moins atteintes qu'on ne le croirait, comme endormies seulement. » Le Dr C. Pascal (100) a insisté sur la valeur de ces lésions narcoleptiques, qui créent des parésies transitoires mais susceptibles de guérison et qui induisent en erreur quand on évalue le déficit démentiel.

La question essentielle qui se pose c'est de découvrir les possibilités dynamiques de chaque malade, d'évaluer son capital psychique et sa capacité de réintégration. La discrimination entre les déments précoces susceptibles de renaître et ceux qui n'ont plus aucune possibilité de vie psychique repose sur ces évaluations. La pyrétothérapie permet dans certains cas le réajustement des hébéphréniques. Elle peut provoquer des instants lucides, des rémissions incomplètes, parfois la guérison. C. Pascal et Davesne (104-105-106) ont insisté à plusieurs reprises sur l'action de la pyrétothérapie sur le psychisme des déments précoces. Mais l'exploration du fond mental exige une méthode plus rapide et plus pratique, susceptible de stimuler le dynamisme bio-mental et de révéler à la fois les énergies et les défaillances psychiques.

La méthode pharmacodynamique nous a paru capable de réaliser ces conditions.

TROISIÈME PARTIE

RECHERCHES PERSONNELLES

CHAPITRE PREMIER

Technique expérimentale

§ I. — *Méthode d'exploration clinique.*

Sous le nom de psychanalyse affective, le Dr C. Pascal a créé une méthode nouvelle d'analyse psycho-clinique ayant un but essentiellement diagnostique : « dissocier le trouble réversible du déficit ». Cette méthode a été mise au point d'une façon progressive par tâtonnement. Au début, ses premières expériences utilisaient des doses trop immédiatement massives, produisant surtout des phénomènes d'inhibition ; c'est pourquoi elle a pensé à employer la méthode des petites doses administrées progressivement.

Nous avons emprunté cette méthode à notre chef de service (*). Nous ne suivons pas les procédés habituels des examens psychanalytiques ; nous nous contentons d'essayer de supprimer les phénomènes de barrage, le mutisme, l'hostilité, le négativisme dans ses diverses manifestations, pour pouvoir explorer l'état mental des malades. Nous analysons surtout leur comportement, leur activité spontanée. Les questions sont faites en évitant de les influencer. Nous les avons observés d'une façon continue pendant tout le temps nécessaire à l'action des médicaments, certains (hachich et peyotl) agissant seulement au bout de huit ou dix heures, suivant les doses

(*) C'est dans le service et sous la direction du Dr C. Pascal, que nous avons effectué ces recherches.

et les sujets. Cette surveillance constante permet au malade de s'habituer à la présence du médecin, de devenir plus confiant.

Nous avons minutieusement noté les réactions, les actes, la mimique des malades observés, rapporté intégralement leurs paroles. Nous nous sommes aidés, pour provoquer les réactions, de l'excitation sensorielle produite par la musique, de l'éveil des souvenirs émotionnels : présentation d'objets personnels (photographies, lettres, etc.) ; nous avons employé le test des mots inducteurs (sans chronomètre). Cette méthode de diagnostic utilise pour l'analyse mentale tous les moyens cliniques susceptibles de provoquer des réactions chez les hébéphréniques ; elle cherche à établir « le bilan de lésions destructibles, irréversibles et celui des troubles fonctionnels réversibles ».

Dans ce but, nous nous sommes servis de divers médicaments. L'alcool produisant facilement l'onirisme, semble un mauvais agent pharmacodynamique et a été peu employé. L'éther, la cocaïne, la caféine, la strychnine, le hachich, le peyotl ont été utilisés. Ce dernier à la dose où nous l'avons employé n'a presque pas provoqué d'hallucinations visuelles qui auraient pu fausser les expériences.

§ 2. — *Mode d'administration des agents pharmacodynamiques.*

L'emploi des *méthodes progressives* et des *méthodes combinées* (éther-cocaïne, et éther-cocaïne-caféine-strychnine) a été conseillé par le Dr C. Pascal. Il lui a semblé que la sommation des excitations psychiques déterminerait un état « d'investigation maxima » plus rapide que l'éthérisation ou la cocaïnisation seules.

L'éthérisation a été faite avec le masque d'Ombrédanne qui contient soixante grammes d'éther. Pour chaque malade nous avons atteint seulement la division cinq. La durée de l'anesthésie a varié de cinq à dix minutes suivant les malades.

Le *chlorhydrate de cocaïne en poudre* a été administré sous forme de « prise » nasale. Au début nous l'avons donné en une seule fois à la dose de 0 gr. 02. Pour éviter la période d'anxiété qui succède à l'excitation nous avons employé, pour les autres malades, la méthode des doses

progressives, chaque malade recevant la cocaïne en instillation nasale, nous avons augmenté chaque jour les doses, pendant sept jours, de façon que le dernier, la malade reçoive une dose de 0 gr. 02.

La *caféine* a été introduite par la voie sous-cutanée, à la dose de 0 gr. 50 ; elle a été employée associée à l'éther et à la cocaïne.

Le *sulfate de strychnine* a été utilisé à la dose de un ou deux milligrammes à la fin des expériences chez les malades qui se dissocient plus rapidement que les autres ; il a constitué un appoint utile pour l'analyse psychique et pour l'exploration neurologique.

L'*alcool* a été donné à doses variables suivant les malades, sous forme de vin blanc.

Le *hachich*. Au début, trois malades ont reçu le hachich sous forme d'extrait fluide alcoolique à la dose de 0,10 à 0,20. Pour les autres malades nous avons administré de la *hachichine* à la dose de 0,10 à 0,15 sous forme de pilules. Pour les malades négativistes nous avons fait une solution au cinquième de hachichine dans l'alcool ; de cette façon nous avons pu l'administrer par la sonde.

Le *peyotl*. Les plantes sèches (mescal-buttons) nous ont été procurées par le D^r Rouhier. Nous avons administré la drogue sous forme d'extrait hydro-alcoolique mou, mis en solution alcoolique au dixième. C'est notre excellent confrère en pharmacie, Mme Didon, qui a bien voulu effectuer avec beaucoup de soins et une technique irréprochable la fabrication délicate de cette préparation. Ce médicament a été administré par la sonde à la dose de 15 et de 18 cme correspondant à 1 gr. 50 et 1 gr. 80 d'extrait mou hydro-alcoolique.

Une cause d'erreur dans l'emploi de ces divers « réactifs psychiques » nous a été signalée par le D^r Hesnard : la production directe, sous l'influence toxique, d'émotions archaïques qui viennent perturber les émotions refoulées de nature psychogène. C'est pour éviter cette « néo-productivité affective » que nous avons employé des doses très minimales de cocaïne et des doses faibles pour les autres médicaments. Il faut remarquer également que l'action pharmacodynamique chez certains malades a extériorisé parfois une pensée plus ou moins délirante absolument inaperçue autrement. Mais cette pensée est iden-

tique à celle exposée spontanément par beaucoup de démentes précoces. Sauf un cas, nous n'avons pas eu d'apogée onirique toxique.

Certains médecins croient à la production artificielle de divagations imaginaires sans authenticité. Hartenberg (53) dit qu'en Amérique on a repoussé, comme étant trop sujet à des causes d'erreur, ce moyen (ivresse alcoolique) employé chez les prévenus dans le but de les faire avouer. Or, pour chacune de nos expériences nous avons vérifié l'exactitude des récits des malades, et, à chaque fois que nous avons pu obtenir des renseignements, vérification a été faite de leur récit. Du reste, plusieurs auteurs, entre autres Léon Daudet (35), signalent le désir de confiance, les crises de sincérité, le besoin d'expansion si fréquents dans certaines intoxications.

CHAPITRE II

Exploration pharmacodynamique du psychisme et accessoirement de la motricité des Déments précoces dans ses rapports avec les troubles mentaux

I. — REMARQUES GÉNÉRALES.

Dans ce chapitre, nous plaçant à un point de vue très général, nous chercherons à définir les termes employés dans le commentaire des observations, et à nous faire une idée de l'ensemble du comportement de nos malades sous l'influence des agents pharmacodynamiques ; l'étude plus approfondie de la pensée hétérophrénique ainsi révélée sera faite dans les chapitres ultérieurs.

Dans la majorité des cas l'excitation pharmacodynamique domine l'autisme quoiqu'elle ne l'ait pas toujours vaincu. En général elle produit un autre niveau psychique. C'est à cette première action des toxiques qui lève les inhibitions, qui supprime plus ou moins complètement l'entrave du langage et de la pensée, (mutisme, demi-mutisme) que le D. C. Pascal a donné le nom de déblocage. Il s'agit peut-être d'une modification de la cénesthésie du malade qui, quoique encore fatigué, présente cependant une atténuation assez importante de cette sensation d'asthénie.

Le déblocage des malades varie avec les toxiques utilisés. Le réveil post-éthérique a provoqué parfois, chez les malades les plus dissociées, des états émotionnels sans discordance : « Je souffre... Je veux mourir... » Parfois, au contraire, la malade semble heureuse : « Je suis guérie ». La cocaïne agit quelquefois à des doses minimes : 0 gr. 009 chez Madeleine M. ; chez d'autres, il faut atteindre 0 gr. 02 et plus pour les débloquer. Enfin, le hachich et le peyotl nous ont donné des résultats très tardifs, huit heures après l'ingestion sur la malade Hélène B. (Obs. 8). Dans la plupart des cas, 24 malades sur 32, l'action pharmacodynamique réalise non seulement le déblocage, mais

une véritable réintégration avec conscience du morbide. Chez quelques-unes, 6 sur 32, le sentiment de la personnalité, fait des sensations, de souvenirs, de la continuité des état de conscience et de la connaissance de ce que nous sommes par rapport au milieu, est à peu près recouvré intégralement ; l'élan vers le temps futur est récupéré. La formule affective sociale est changée ; plusieurs malades négativistes, hostiles, lorsqu'elles réagissent, deviennent aimables, emploient des mots polis ; en particulier deux malades, très agitées et agressives à l'état habituel sont devenues dociles et sont restées dans cet état jusqu'au retour de la désintégration. Il apparaît d'une façon évidente que l'« écran » interposé entre la maladie et l'ambiance disparaît. Le maniérisme et le négativisme s'atténuent plus ou moins progressivement. Nous reviendrons ultérieurement sur ces différents points particulièrement importants.

A plusieurs reprises, le Dr C. Pascal a parlé de l'« énucléation » : décharge motrice spontanée ou provoquée mais de courte durée. L'excitation médicamenteuse, par la loquacité qu'elle provoque, met parfois en évidence des complexes affectifs, auxquels la malade semble incapable de s'intéresser et d'extérioriser spontanément. Nous pouvons ainsi étudier ce qui reste du capital psychique. On obtient le maximum de renseignements sur les possibilités dynamiques lorsqu'on parvient à toucher un élément psychique encore vivant, le dynamisme affectif n'étant pas toujours totalement détruit. Nous pouvons, grâce à ces extériorisations verbales, motrices, étudier la pensée, le comportement de nos malades, chercher s'il est possible de les assimiler plus ou moins partiellement aux oniriques, ou s'il est légitime de différencier nettement le mode de pensée hébéphrénique du mode de pensée dans le rêve. Nous étudierons donc le comportement du malade par rapport à sa personnalité et à l'ambiance.

II. — COMPARAISON ENTRE LA PENSÉE DES DÉMENTS PRÉCOCES RÉVÉLÉE PAR L'EXPÉRIENCE ET LA PENSÉE ONIRIQUE.

Nous étudierons d'abord la structure psychique du rêve

normal, du délire onirique et de la rêverie, de façon à nous fournir les éléments de comparaison nécessaires entre les lois psychologiques de la pensée du dément précoce et celles de la pensée onirique ou archaïque.

§ 1. — *Structure psychique de la pensée onirique*
(*Rêve, onirisme, rêverie*)

a) *Rêve normal.*

Au point de vue du contenu latent du rêve (nous laissons de côté le contenu manifeste) la plupart des théories y voient la réalisation d'un désir infantile : pour d'autres, la cause évocatrice immédiate appartient à la journée du rêve. Parfois l'apparente absurdité sert de déguisement à quelques impressions pénibles qui auraient été contraires à la formule du désir égoïste adoptée par quelques auteurs. Dans le rêve *on ne trouve pas de raisonnement* : ce qui en représente parfois l'apparence n'est que la reproduction d'une image mentale qui peut prendre la forme d'une perception et devenir une véritable *hallucination*. Les sensations cénesthésiques ou kinsthésiques prennent une grande importance, se transposant fréquemment sous une forme visuelle.

Les images du rêve sont caractérisées par leur *caractère asyntaxique* ; il y a *disparition des catégories de temps et de lieu* et perte de la conscience du milieu ; l'image apportant avec elle ses caractères de temps et de lieu, tout lien logique entre les images disparaît. Dans la pensée du rêve le sujet se comporte à la fois activement et passivement. Ces images asyntaxiques ne deviennent intelligibles que si nous les envisageons sous une *forme symbolique*. Dans le rêve il n'y a plus aucune abstraction, toute pensée prenant une forme concrète.

Nous trouvons également des phénomènes de *condensation* (fusion d'images dissemblables). Le déplacement est une des caractéristiques du rêve, ce que Kretschmer (73) nomme *images de couverture*. Il insiste particulièrement sur le rôle des *courants affectifs* dans la formation des images d'*agglutination*, dans lesquelles on constate une variation du revêtement affectif des représentations, la tonalité affective se déplaçant sur tel ou tel

objet ou idée. On trouve fréquemment dans la pensée du rêveur une sorte de *dissociation de la personnalité* par extériorisation des pensées ou des organes du sujet allant parfois jusqu'à l'identification : « c'est la fusion partielle ou complète de la personnalité avec les personnes ou les objets du monde extérieur ». La pensée magique des primitifs est signalée dans le rêve. Il y a absence d'étonnement, fait qui a été étudié par Rignano (122) dans son travail sur les états affectifs du rêve.

b) Onirisme.

Nous trouvons dans le délire onirique comme dans le rêve, les phénomènes de condensation, les fusions des représentations, et l'importance des courants affectifs. Mais ici, plus encore que dans le rêve, dominent les troubles sensoriels, les *illusions*, les fausses reconnaissances, les *hallucinations*. Les *images visuelles* (souvent résultant d'une transposition d'impression *cénesthésique*) occupent une place importante. La pensée onirique ne s'organise plus sur les bases de la durée, de l'espace et de la causalité : il y a *incohérence chronologique et topographique*.

L'imagination devient créatrice, élaborant constamment de vrais romans sans tenir compte des possibilités de réalisation. Il y a un certain relâchement de la vie psychique : selon l'expression de Dupré, « c'est l'*inhibition* qui manque à l'esprit du rêveur » ; le sujet assiste en quelque sorte en spectateur à un défilé d'images, pris dans ses souvenirs émotionnels récents, anciens, ou provoqué par les impressions sensorielles et *cénesthésiques*.

c) Réverie.

Le signe essentiel de la réverie est pour Hesnard la suppression du « réel externe ». — « On rêve dans la mesure où on se désintéresse » (Bergson) (5). Il y a donc fléchissement de l'*attention volontaire* à l'ambiance, mais cette attention est concentrée vers le moi pour élaborer la réverie, il s'agit plutôt d'un phénomène de *distraction* que d'un *déficit global de l'attention*. Cette notion est superposable à celle de l'autisme qui, pour beaucoup d'auteurs,

est le symptôme primordial de la démence précoce. L'autisme étant essentiellement une pensée « déréelle » (« *de-realistisches Denken* » de Bleuler) le malade se replie sur lui-même, vers sa vie intérieure, sa rêverie, avec une pensée subjective à type affectif assez intense, pour le détourner en quelque sorte volontairement du monde extérieur hostile.

Pour Minkosowski le trouble fondamental de la schizophrénie consiste dans l'*absence de contact vital*, le malade est désadapté par rapport à l'ambiance, non inactif, mais ne possédant plus qu'une activité désadaptée. Si la vie intérieure reste assez intense, les schizophrènes sont comparables à des *rêveurs* ; c'est la *rêverie morbide* « l'autisme riche ». La *notion de durée*, l'impression de *temps qui s'écoule*, n'existe pas dans la rêverie : le sujet absorbé par sa pensée subjective perd cette notion. De même, la connaissance du temps spatial disparaît elle aussi.

Enfin, comme l'ont dit Chaslin, Pascal, etc..., le rêve normal, la rêverie, appartiennent à la vie normale, et gardent leurs liens et leurs attaches avec la personnalité du rêveur.

§ 2. — *Composants oniriques de la pensée des Déments précoces révélée par l'expérience.*

Si nous cherchons, sur les 32 malades étudiés, les symptômes positifs, c'est-à-dire ceux qui sont en faveur de l'analogie avec le rêve, voici les résultats que nous trouvons : 4 seulement ont présenté des phénomènes analogues à ceux décrits précédemment pour le rêve normal. Madeleine M. (Obs. 1) réalise ses désirs dans son délire : elle parvient à croire que son ami ne l'a pas abandonnée, qu'il est ici et s'occupe toujours d'elle. On constate la pensée onirique à forme magique, l'absence d'étonnement. La malade a, comme dans le rêve, perdu le sentiment de la réalité.

Camille C. (Obs. 2) a des désirs inconscients qui prennent corps dans le délire et sont bientôt assimilés à la réalité. Elle présente une pensée symbolique avec extériorisation des idées et des organes (sa pensée s'évapore, soit par son crâne mal soudé, soit par les organes génitaux, lorsque sa vie sexuelle est suffisante) ou au

contraire une intériorisation de l'extérieur qui prend un caractère personnel (elle ingère la gélatine des plaques photographiques qui deviennent des visions pénétrant dans le cerveau). De cette réalisation de sa propre pensée, il résulte une certaine dissociation de la personnalité avec impression de transformations corporelles.

Elle nous montre aussi des phénomènes de condensation de personnes et d'objets, de déplacement ; il semble que les courants affectifs prennent une certaine importance dans la formation de ces phénomènes de rêve.

La malade Hélène B. (Obs. 8) a présenté quelques phénomènes de condensation (le prénom Jean semble désigner plusieurs personnages) ; elle a une pensée symbolique surtout à forme concrète (une clef pour l'ouvrir, c'est-à-dire pour lui rendre l'intelligence). Cependant chez cette malade on ne note aucun relâchement de l'attention, aucun défilé d'images.

Enfin, la quatrième observation, Madeleine B. (Obs. 22), nous laisse découvrir sous une forme de pensée symbolique et concrète avec des « images de couverture », un complexe formant certainement un centre d'associations et ayant probablement possédé autrefois une certaine charge affective. Nous obtenons l'explication pathogénique du délire d'obstruction intestinale présenté actuellement par la malade. Les phénomènes de condensation d'objets, de faits, de personnages, accompagnés d'une certaine dissociation de la personnalité sont également très intéressants.

Une malade, Antoinette T. (Obs. 4) a employé au début quelques phrases symboliques ; une autre, Alice G., incapable de fixer un seul de ses souvenirs, présente une disparition de la localisation dans le temps ; ce caractère asyntaxique se retrouve chez une autre, Adrienne C., qui a, de plus, formé son délire avec des désirs sexuels refoulés. Ces trois malades présentent des phénomènes de rêve très peu prononcés qui se sont atténués au cours de l'expérience et qui sont dominés par les troubles pathognomoniques de dissociation mentale non analogues à la pensée onirique, c'est pourquoi nous ne pouvons les considérer comme faisant partie des observations en faveur de la théorie de l'analogie avec le rêve.

Il nous reste donc la proportion de quatre malades sur 32 ce qui est très minime, de plus chez aucune d'elles la pensée révélée n'obéit complètement aux lois qui président à la formation des symboles dans le rêve normal ; il y a seulement quelques analogies avec la pensée onirique qui semblent n'avoir rien de spécial pour cette catégorie de malades, mais que nous trouverions peut-être avec autant de fréquence dans les autres psychoses. Les symptômes négatifs, c'est-à-dire ceux où la pensée de nos malades se déroule sans suivre les lois psychologique du rêve, de la rêverie et de l'onirisme, semblent plus nombreux et plus faciles à retrouver dans le résultat de nos expériences.

§ 3. — *Éléments de différenciation entre la pensée des déments précoces et la pensée onirique.*

Les analogies entre la structure psychique du rêve normal et la pensée de nos déments précoces sont assez superficielles et peu nombreuses. Par contre, nous notons de nombreuses différences puisque toutes nos malades, sauf 4, ne présentent pas de phénomènes assimilables à ceux du rêve normal.

Le diagnostic différentiel peut être fait facilement avec le *délire onirique*. En effet, les nombreux troubles dans la *perception du monde extérieur* (illusions de tous les sens avec déformation de l'entourage et fausses reconnaissances, n'ont pas été retrouvés dans les observations de nos démentes précoces, qui ne sont pas situées, comme l'onirique, dans un monde imaginaire, exception faite pour deux malades qui ont eu des fausses reconnaissances, du reste extrêmement momentanées et sans troubles de l'orientation). Au point de vue *hallucinatoire*, une seule malade semble avoir présenté des hallucinations visuelles, mais d'origine exogène. Camille C. (Obs. 2), avait en temps habituel des hallucinations auditives. Marie C. (Obs. 9), Adrienne C. (Obs. 16) ont prétendu entendre parler et rire dans la cave (« il y a des personnes au-dessous »). Pour les autres malades il y a absence de troubles psycho-sensoriels. Donc, aucune analogie avec l'*apport hallucinatoire vraiment primor-*

dial dans les délires oniriques. Nos malades utilisent les perceptions exactes de la réalité. Les associations d'idées ne sont pas fortuites, mais observent des règles plus fixes. Aucun appoint confusionnel n'a été mis en évidence. Elles sont bien orientées pour la plupart dans le temps et dans l'espace.

Un symptôme important de différenciation nous semble exister dans ce fait que chez nos malades (nous reviendrons par la suite sur ce signe capital) l'apport cénesthésique *est déficient*, alors que le rêve et le délire onirique sont caractérisés par l'importance de l'apport cénesthésique et par son rôle dans la formation des images visuelles.

Au point de vue de la comparaison entre la pensée de nos hébéphréniques et le mode de pensée de la rêverie, nous trouvons plusieurs éléments de différenciation.

Un fait capital qui se dégage des expériences, c'est la conservation de l'adaptation à l'ambiance ; nous rappelons que l'analogie de la pensée schizophrénique avec la rêverie, repose sur la notion de désinsertion du réel, — désinsertion qui n'existe pas chez nos malades. Minkowski a créé la théorie du « contact vital avec la réalité », l'absence de ce contact étant le trouble essentiel et l'argument principal en faveur de sa théorie de la rêverie des schizophréniques. Nos observations apportent la notion précise que *la plupart de nos malades ont récupéré ce « contact vital »*.

De plus, la notion d'autisme qui permettait d'assimiler les malades à des rêveurs, n'a pu être mise en évidence, au contraire. L'examen clinique semble le prouver : les malades *nous disent* qu'en temps habituel elles ne s'intéressent à rien ; elle sont, en dehors de l'excitation pharmacodynamique, aussi *indifférentes à leur « moi »* qu'au monde extérieur.

De même, chez toutes nos malades, la décharge affective n'a pas été suivie d'amélioration ; il semble que leur maladie n'est pas (comme le disent Freud et Bleuler) un refuge contre la réalité hostile une « volonté de maladie », car, si cela était, le fait d'avoir extériorisé aurait dû les soulager, les améliorer ; or, les malades ont énucléé leurs complexes *sans se libérer*, sans guérir. Enfin, l'activité psychique nécessaire à l'élaboration du

rêve, la vitalité riche, l'activité créatrice de la pensée onirique, s'opposent nettement au défaut de vigueur mentale qui caractérise, d'après les données cliniques, la pensée de nos déments précoces. Nos malades, sous l'influence des agents médicamenteux, semblent reprendre possession de la *notion de durée* psychologique, du *sentiment du temps qui s'écoule*, ce qui manque justement à la pensée onirique du rêve.

Dans les observations nous avons mis en évidence des phénomènes de désagrégation mentale, l'autonomie des éléments psychiques : tandis que chez l'onirique la personnalité peut être submergée par ses propres représentations imaginatives ; mais elle ne cesse de les réunir dans une conscience unique. En un mot, il n'y a pas morcellement de la personnalité.

Tout ceci peut être plus ou moins rapproché des résultats obtenus par l'examen clinique journalier des déments précoces, qui, contrairement aux nôtres, extériorisent spontanément leur délire. En effet, dans ce cas également, s'il existe certaines analogies superficielles avec la pensée du rêve, de l'onirisme et de la rêverie, les différences sont beaucoup plus importantes.

III. — PSYCHISME DES DÉMENTS PRÉCOCES RÉVÉLÉ PAR L'EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

§ 1. — *Résultat des expériences.*

Les résultats fournis par cette exploration sont plus nombreux et plus complets que ceux que nous fournit l'examen clinique.

L'observation montre que les malades ont changé de formule affective sociale ; elles ont récupéré le « contact vital » avec la réalité et sont bien adaptées à l'ambiance ; les malades les plus hostiles, les plus négativistes sont d'un abord facile et nous témoignent une certaine confiance. Elles reprennent conscience de leur vie affective, elles s'intéressent de nouveau au monde extérieur et à elles-mêmes, et peuvent évoquer des souvenirs précis sans incohérence.

Momentanément, sous l'influence de l'excitation phar-

macodynamique, certaines ont retrouvé la *possibilité de s'intéresser* à leurs souvenirs et de les extérioriser verbalement. Ceci nous permet de remarquer la fréquence, dans l'enfance de nos malades, du caractère renfermé et hyperémotif ; de noter l'importance des chocs affectifs au début de la maladie, le rôle parfois déclanchant de l'émotion pathogène, souvent sexuelle, mais pas uniquement. Les états émotionnels ainsi provoqués — désespoir, jalousie — se succèdent sans avoir le temps de créer une polarisation affective, les libérations généralement faciles peuvent souvent désensibiliser le psychisme. Mais les malades ont subi d'autres influences déprimantes ; elles font presque toutes partie de la classe ouvrière et connaissent de bonne heure l'obligation de travailler pour gagner leur vie, les chagrins d'orgueil, les échecs sociaux, les conflits familiaux.

Pour le Dr C. Pascal le complexe n'est pas une entité métaphysique, comme pour certains auteurs allemands et suisses, mais un phénomène biologique, un souvenir émotionnel qui a laissé son empreinte dans tout l'organisme, un engramme qui s'est inscrit dans l'humoralité et le système neuro-végétatif. « La loi de l'oscillation de la décharge motrice et de la décharge végétatrice », (C. Pascal) permet de suivre le rythme émotionnel morbide et de noter l'effraction végétative, la crise hémoclasique et l'éveil des méiopragies. Ces complexes formant centres d'association, souvent à contenu émotionnel assez intense, sont-ils formés par des souvenirs affectifs que la malade écarte, veut garder cachés et qui s'énucléent une fois que les barrages psychiques ont disparu ? Ou bien s'agit-il de phénomènes que le malade ignorait lui-même, c'est-à-dire énucléation d'un phénomène inconscient ? Une de nos malades, Louise C. (Obs. 5) qui a subi une rémission totale de deux mois à la suite d'un érysipèle grave avec température élevée nous permet, non de résoudre le problème, (testis unus, testis nullus) mais elle nous fournit un exemple d'énucléation de phénomènes inconscients. La malade étant parfaitement réintégrée répond à nos questions ; or, il n'y a dans sa mémoire aucune trace de l'épreuve subie (éther-cocaïne). Le récit de ses différents chagrins, de son désir de mourir, ont été

de véritables phénomènes inconscients non suivis de détente, car le lendemain il ne restait de ces « décharges » qu'une stéréotypie verbale et de l'indifférence absolue. Au moment de la rémission, elle ne pouvait pas croire avoir désiré la mort et pourtant la conscience du morbide constituait chez elle un fait psychologique précis.

Les malades qui ont bien réagi aux expériences retrouvent une certaine vigueur mentale, leur activité spontanée qui leur permet de s'intéresser à l'ambiance et à elles-mêmes. Toutes celles qui sont réintégrées insistent sur ce fait qu'en temps ordinaire le moindre effort leur est difficile, parfois impossible (« Je suis fatiguée »... « C'est trop fatigant ») elles présentent une cénesthésie pénible, elles révèlent des sensations de fatigue, d'ailleurs assez intenses et qui semblent les inhiber. Cette sensation d'asthénie ne correspond pas à une fatigue musculaire, mais semble avoir une cause plus profonde, les malades gardant la possibilité d'avoir une activité motrice importante.

En dehors de l'excitation cénesthésique que nous leur avons apportée, les malades manquent d'« élan vital ». Guiraud appelle ainsi : « l'excitant continuél de présence et de fonctionnement du corps qui a pour résultat de fournir à notre psychisme l'élan et l'intérêt ». Au moment de l'expérience elles retrouvent l'ardeur et l'intérêt nécessaires à l'activité affective et intellectuelle, ce qui leur permet d'évoquer des souvenirs non perdus, mais seulement en quelque sorte inutilisables, immobilisés, — par défaut de mise en œuvre des tendances qui portent l'individu à s'intéresser spontanément à lui-même et à l'extérieur. Nos observations semblent mettre en évidence l'importance de troubles morbides instables, réversibles, facilement modifiables, sortes de phénomènes d'engourdissement psychique, d'ordre essentiellement dynamique se différenciant nettement des lésions déficitaires démentiellles fixées définitivement.

L'exploration médicamenteuse par la loquacité qu'elle provoque nous a révélé des désintégrations importantes. Parfois, au contraire, l'excitation pharmacodynamique libère le psychisme de l'entrave habituelle de la maladie, et permet au sujet de s'exprimer plus ou moins normalement au moins pendant quelque temps. Ce résultat

permet d'apprécier la conservation du capital psychique chez un certain nombre de malades et l'importance des phénomènes d'ordre dynamique dans la Démence précoce. L'expérience montre donc la dualité des troubles fonctionnels et des déficits qui semblent définitifs, — « la route de la désagrégation mentale » (107) Nous avons classé nos observations en cinq groupes suivant le degré de réintégration obtenue par l'épreuve pharmacodynamique. Dans le premier groupe, les fonctions logiques du langage sont récupérées. Dans les autres elles le sont de moins en moins, sans que nous puissions, de ce résultat négatif, conclure à une désintégration certaine et définitive du psychisme des malades.

On note dans les observations de ces *derniers groupes*, malgré une certaine persistance du stock des représentations, le relâchement du mode habituel des associations d'idées, l'égarement, la dispersion de la pensée, allant parfois jusqu'à l'incohérence complète. Nous trouvons également des phénomènes de barrage importants. L'affectivité se montre souvent rigide, paradoxale, plus ou moins déficiente. Ces dernières malades permettent de reprendre la loi des souvenirs énoncée par le D^r C. Pascal (100) : « Ceux qui persistent le plus longtemps sont ceux qui ont été fortement imprimés par un état émotionnel et les souvenirs fréquemment répétés à formule uniforme ». Or, dans le débris des incoordinations, dans les formules stéréotypées, on trouve parfois l'élément émotionnel prédominant, la trace des sensibilisations, les « événements », comme dit Minkowski, qui se sont désintégrés de l'activité consciente.

Le mode d'expression chez beaucoup de malades se rapproche de celui des aphasiques. Nous avons été frappée par ce mode d'extériorisation et de distribution du dynamisme vital chez Louise F. (Obs. 11) et Cécile C. (Obs. 10) : elles cherchent le mot pour exprimer leur pensée, et, après une série d'incohérences, la formulent par des euphémismes.

D'autres malades présentent des troubles de la syntaxe simple. Il y a suppression de certains mots : on obtient des phrases elliptiques comme chez Hélène B. (Obs. 8). Des mots privilégiés sont intercalés dans les phrases.

Raymonde G. (Obs. 21) présente de nombreuses stéréotypies verbales : « Ce n'est pas dire... pas trop... beaucoup... » ces séries de mots sont formées par des mécanismes d'assonance, de persévération, d'allitération, ou de simple énumération. Chez la malade Alice G. (Obs. 24), il y a des symptômes de déficit : la verbigération est faite de propositions absolument indépendantes ou juxtaposées, avec perte des liaisons logiques. Elles présentent de nombreuses phrases dépourvues de caractère personnel ; on a l'impression que la malade cite des phrases entières qu'elle aurait lues ou entendues autrefois ; il s'agit souvent d'additions mnésiques superflues. Le ton est monotone, maniéré, le débit extrêmement rapide, la mimique uniquement intellectuelle, sans aucune manifestation émotive. Nous signalons également que plusieurs malades ont parlé d'elles à la troisième personne surtout au début de l'examen. Ces troubles de langage si particuliers à ce genre de malades sont identiques à ceux que nous pouvons constater chaque jour par l'examen clinique. Ils ont été signalés fréquemment par Kraepelin et l'Ecole allemande. Le Dr C. Pascal (100-101-102) signale le caractère abstrait de ce langage, ce style nègre, d'où toute frange affective est exclue et où « les images verbales se groupent sans souci de la sémantique, par euphonie, contiguïté et similitude ». Guiraud (49-50) et depuis quelques auteurs, en particulier Teulie (136) se sont intéressés aux troubles du langage chez les hébéphréniques.

Résumé. — La dissociation hébéphrénique est un phénomène pathologique constitué soit par des troubles surtout dynamiques comme chez les malades du premier groupe, soit résultant de lésions mixtes modifiables et non modifiables par l'excitation pharmacodynamique. La trame est faite de souvenirs et d'états affectifs plus ou moins faibles selon la vitalité du dynamisme fonctionnel ; elle est comparable à l'activité intellectuelle dans la *fatigue* et dans le *surmenage*. Les déments précoces présentent un fléchissement particulier de l'activité spontanée, un manque de vigueur mentale, un mode de pensée plus ou moins réduit, dévié ou supprimé, qui semblent les rendre incapables d'élaborer, de pour-

suivre, une pensée subjective intense. Comme le dit Senges (134). « L'autisme est synonyme d'intériorisation *passive*, la vie intérieure de ces malades est plus automatique que volontaire, elle constitue un sous-produit de l'activité psychique normale ». Cette « passivité » est parfois une manifestation de l'*asthénie*, élément de cause inconnue mais souvent signalé chez les Déments précoces.

Des récupérations parfois importantes sont possibles. Certaines malades qui manquaient d'intérêt pour leur propre personnalité et pour le monde extérieur peuvent retrouver cet intérêt vital si on parvient à modifier leur état cénesthésique, à diminuer leur sensation de fatigue. Elles retrouvent parfois la possibilité d'intellectualisation d'un état affectif cénesthésique, pénible. Parfois les malades récupèrent plus ou moins momentanément la notion de durée, le sentiment du temps qui s'écoule, le déploiement régulier et continu du présent et l'élan vers l'avenir. Certains symptômes de la Démence précoce peuvent être dissipés intégralement ou partiellement suivant la gravité de la maladie ; d'autres symptômes semblent fixés définitivement et irrémédiablement. Il y a en effet de nombreuses variétés de réduction psychique chez les déments précoces.

Nous signalons certains résultats particulièrement intéressants : chez deux malades, Ida B. (Obs. 7), et Madeleine B. (Obs. 22), nous avons, grâce au peyotl, révélé un syndrome complet de la dissociation mentale caractéristique de l'hébéphrénie, accompagné de troubles moteurs catatoniques qui n'existaient pas avant l'expérience.

Le hachich chez trois malades : Raymonde C. (Obs. 21), Alice G. (Obs. 24) et Marie Ch. (Obs. 23), nous a permis d'obtenir des phénomènes analogues. Ayant fait trois expériences sur les malades mélancoliques, nous n'avons pas obtenu ces dissociations mentales ni ce syndrome catatonique ; il faudrait des expériences plus nombreuses. Cependant d'après ces quelques cas il semble que l'excitation pharmacodynamique peut, en révélant des symptômes habituellement cachés, jouer un rôle important dans le diagnostic et, par là même, dans le pronostic des maladies mentales.

Dans un travail précédent (107), le D^r C. Pascal a insisté sur ce fait que : « suivant les doses et les malades, l'excitation chimique a une double action sur le dynamisme vital : 1^{re} elle bloque et produit des troubles de la conduction, 2^{re} elle débloque et rétablit les circuits normaux ». Insistons, pour finir, sur l'importance des possibilités de récupération de l'activité spontanée chez certaines malades à prévalence de phénomènes dynamiques modifiables, ceci étant à rapprocher au point de vue clinique des rémissions spontanées plus ou moins transitoires. Chez d'autres malades les lésions définitives démentielles prédominent. Nous avons donc classé les observations suivant l'importance de phénomènes dynamo-déficitaires.

§ 2. — *Division des malades en cinq groupes schématiques suivant l'importance des troubles dynamo-déficitaires.*

Les 32 malades qui ont été soumises aux expériences, étaient atteintes de Démence précoce catatonique, 5 avec catalepsie. 27 sur 32 présentaient : mutisme, demi-mutisme, désinsertion du réel, inertie complète, souvent négativisme et suggestibilité, stéréotypies, etc... ; les 5 autres malades étaient excitées continuellement ou d'une façon intermittente, elles verbigéraient, leurs gestes étaient incohérents, leurs réactions ambivalentes. Nous avons pris des malades dont la durée de l'internement était variable. Certaines l'étaient depuis 1919, 1921, les autres étaient entrées à des dates variables jusqu'en 1930. Toutes ces malades paraissaient être « fixées », torpides, et irrémédiablement touchées.

Pour schématiser les résultats de nos expériences, nous avons réparti nos malades en cinq groupes selon les résultats obtenus par les essais pharmacodynamiques :

Premier groupe. — Déblocage complet avec réintégration dans le réel, contact affectif avec l'ambiance, conscience du morbide, activité vitale momentanément récupérée. Ce groupe se compose de 5 malades : Madeleine M. (Obs. 1) internée depuis 1 mois ; Camille C. (Obs. 2) internée depuis 1 an ; Caroline B. (Obs. 3) inter-

née depuis 3 ans ; Antoinette T. (Obs. 4) internée depuis 10 ans ; Louise C. (Obs. 5) en traitement dans les services depuis 1 an. La malade de l'Obs. 1 a été soumise à l'action de la cocaïne à doses progressives ; le dernier jour éther-cocaïne-caféine-strychnine. La malade de l'Obs. 2 a reçu de la cocaïne à doses progressives, avec du champagne. Caroline B. (Obs. 3) a été soumise à l'action du hachich. La malade de l'Obs. 4 a eu la cocaïne en une seule fois et avec la méthode combinée éther-cocaïne-caféine-strychnine. Louise C. (Obs. 5) a reçu éther-cocaïne en une seule fois.

Ces malades sont bien intégrées dans le réel. Les événements sont perçus exactement et personnalisés. Nous obtenons un récit coordonné de leur vie passée, avec des réactions émotives adéquates. L'activité psychique, le courant de la pensée se déroulent normalement. A part quelques expressions à forme symbolique notées chez deux malades, il n'y a pas d'analogie avec la pensée onirique. Ces observations montrent chez les malades l'importance de leur asthénie, la déficience de leur tendance instinctive d'intérêt au moi et à l'ambiance. Ce groupe de malades chez lesquelles il y a eu suppression momentanée d'un certain nombre de symptômes morbides et récupération de l'élan vital, de l'ardeur et de l'intérêt nécessaires à l'activité intellectuelle et affective, permet d'apprécier l'importance des troubles fonctionnels réversibles, modifiables, la valeur du dynamisme vital et les possibilités de réfection vitale chez certaines hébéphréniques.

Deuxième groupe. — Déblocage complet et réintégration fragmentaire. Insertion dans la vie réelle. Conscience du morbide. Ce groupe se compose de 6 malades : Ida B., Louise H., Hélène B., Marie C., Cécile C., Louise F. (Obs. 6, 7, 8, 9, 10, 11). Pour la malade de l'Obs. 6, l'épreuve du hachich nous a montré : l'absence de dissociation, d'autonomie psychique, et des associations logiques centrées par certains souvenirs émotionnels. Au contraire, l'expérience avec le peyotl a fait surgir un syndrome d'hébéphréno-catatonie beaucoup plus complet qu'à l'état habituel. Hélène B., (Obs. 8) présentait

depuis plusieurs mois un mutisme complet. L'excitation psychomotrice provoquée par le hachich a supprimé les phénomènes de négativisme habituels. Elle nous a révélé l'existence de quelques complexes, une vie instinctive, en particulier l'instinct de conservation très vivace, le tout associé à une cénesthésie pénible, fatigue constante dominant l'activité psychique de cette malade. Nous avons trouvé une certaine désagrégation mentale se révélant par l'autonomie psychique, la rupture des liens de coordination. Le mode d'expression asyntaxique que présente cette malade ainsi que Cécile C. et Louise F. est assez intéressant. Louise H. (Obs. 7) récupère le contact vital avec la réalité, et exprime ses sensations de fatigue, qui en temps habituel semblent l'inhiber. Louise F. (Obs. 12), par le récit d'événements émotionnels nous permet de nous rendre compte que le sentiment maternel possède la possibilité de réapparaître sous l'influence de l'excitation pharmacodynamique. Le mode d'expression a été celui des aphasiques et des paraphasiques : jamais le mot juste, mais, par moments, des phrases coordonnées où les euphémismes constituent le sens général.

Les 3 malades des Obs. 9, 10, 11, ont été étudiées par la méthode d'excitations combinées éther-cocaïne-caféine. La malade de l'Obs. 8 a reçu de la cocaïne à doses progressives, et de l'éther le dernier jour. Elle a, de plus, été soumise à l'épreuve du hachich. Ida B. (Obs. 6) a reçu du hachich et, dans une deuxième expérience, elle a eu du peyotl. Louise H. a subi l'expérience de la cocaïne en une fois, suivie d'éthérisation.

Si pour ce groupe il y a récupération momentanée de l'élan vital, ce sont cependant, d'une façon générale, les cadres logiques de la pensée, les catégories de temps et de lieu, la forme rationnelle du psychisme qui semblent les mieux conservées.

Troisième groupe. — Déblocage superficiel. Réintégration très parcellaire. Insertion variable dans la vie réelle. Conscience incomplète du morbide. Ce groupe est représenté par 10 malades : Alice D., Delphine L., Marguerite B., Marthe D., Paulette S. (Obs. 12, 14, 15, 17, 19, 20) ont été traitées par les excitations combinées

éther-cocaïne-caféine-strychnine. Bella R. (Obs. 13) a été examinée sous l'influence de la cocaïne. Adrienne C. (Obs. 16) a reçu de la cocaïne à doses progressives : le dernier jour nous y avons joint l'action de l'éther. Les deux malades Odette C. (Obs. 18) et Raymonde C. (Obs. 21) ont été soumises à plusieurs médicaments : d'abord l'excitation combinée éther-cocaïne, puis, quelque temps après elles ont été étudiées sous l'influence du hachich. Chez toutes ces malades l'apparition de la lucidité s'est manifestée d'une façon brève et incomplète par la conscience du morbide et par l'insertion dans la vie réelle. Toutes (sauf la plus âgée, Delphine L., Obs. 14, insérée uniquement dans le passé) savent où elles sont et pour quoi elles y sont. Elles reconnaissent tous ceux qui les entourent. Le stock des représentations paraît conservé. Certaines ont énucléé des souvenirs émotionnels qui possèdent encore une certaine charge affective. Pour la malade Alice D. (Obs. 12) il semble qu'il s'agisse d'une mésentente conjugale, actuellement encore assez vive. La malade Bella R. (Obs. 15) revient constamment sur une question de passeport, ennui qui précéda de peu l'internement et qui semble s'être accompagné d'une émotion assez intense que nous avons révélée grâce à l'action de la cocaïne. Delphine L. (Obs. 15) nous parle de son mari, de sa famille et d'un certain Robert dont le souvenir est encore capable à l'heure actuelle de susciter son admiration. Les autres malades n'ont évoqué pour ainsi dire aucun « évènement » et la durée ne paraît pas exister pour elles. Les malades Raymonde C. et Marthe D. ont conservé leurs sentiments de famille. Les états émotionnels offensifs et défensifs : colère et peur existent sous une forme vive.

Le mode d'expression révèle une incoordination à la fois profonde et étendue : relâchement des modes habituels d'associations d'idées, la plupart des représentations vivant à l'état d'autonomie, les instants lucides sont d'assez courte durée.

L'exploration pharmacodynamique a produit une régression bien passagère des troubles dynamiques encore existants de la Démence précoce. La courte phase de retour à la lucidité a permis de mieux évaluer le déficit démentiel important.

Quatrième groupe. — On note une exagération du syndrome prédominant chez les 5 malades de ce groupe. Madeleine B. (Obs. 22) expérimentée au peyotl nous révèle une forme de pensée très riche en symboles avec des phénomènes de condensation et de déplacement. L'exaltation psychique assez vive et l'amélioration de la formule affective augmentent l'extériorisation verbale de la malade. Sous la verbigération habituelle, surtout apparente, nous avons découvert quelques complexes et l'explication de certaines idées délirantes. Si la mimique intellectuelle est conservée, la mimique émotive est presque nulle. La malade Alice G. (Obs. 24) avec éther et cocaïne nous a donné les mêmes résultats que l'Obs. 22. Avec le hachich il y a eu une exagération beaucoup plus marquée du syndrome hébéphrénique : la dissociation mentale, les ambivalences sont encore plus évidentes. Avec Marie Ch. (Obs. 23) qui a été également expérimentée au hachich, nous avons eu le même réveil des symptômes démentiels.

Hélène B. (Obs. 25) est verbigérante : elle présente une excitation psychomotrice assez vive. Nous obtenons une excitation paradoxale avec inversion de la formule affective sociale habituelle chez la malade Marie B. (Obs. 26) où l'excitation a fait place à un état de mutisme avec réactions ambivalentes.

Un fait remarquable sur lequel nous reviendrons consiste dans l'apparition chez plusieurs malades de négativisme ou de suggestibilité avec troubles psycho-moteurs catatoniques qui n'existent pas en dehors de l'exploration pharmacodynamique.

Cinquième groupe. — Il est constitué par 6 malades qui n'ont aucunement réagi à l'excitation pharmacodynamique. Ce sont Louise R., Alice D., Renée B., Marie-Louise H., Isabelle P., Marie C. (Obs. 27, 28, 29, 30, 31, 32). Elles ont gardé leurs attitudes stéréotypées sous l'action de l'éther et elles ont résisté à l'épreuve de la cocaïne combinée. La malade Alice D. s'est légèrement excitée mais pour mieux révéler un syndrome de dissociation mentale assez accusé. Isabelle P. a réagi par la peur à chaque nouveau médicament. Elle a mis à jour une série d'associations d'idées qui ne pourraient être

interprétées que par Freud et Bleuler. La malade Maria C. a résisté à toutes les excitations pharmacodynamiques, mais le hachich a augmenté les habitudes de masturbation de cette malade. Renée B. a eu une crise de larmes prolongée avec sanglots qui a duré depuis dix heures du matin jusqu'à seize heures.

Notons que les questions des *doses médicamenteuses* et de *forme d'administration* des substances pharmacodynamiques sont primordiales. Le *facteur individuel*, très important, existe également, et il faut avouer que l'on ne les détermine jamais assez exactement au préalable. En agissant différemment, on obtiendrait, sans aucun doute, de meilleurs résultats.

IV. — ESSAIS D'EXPLORATION DE LA MOTRICITÉ DANS SES RAPPORTS AVEC LE PSYCHISME.

L'exploration pharmacodynamique a été faite dans le but d'observer l'état mental des malades, mais l'examen clinique nous a permis de constater une symptomatologie motrice pyramidale importante, que nous donnons dans un travail d'ensemble (108). Dans ce paragraphe nous ne ferons que rendre compte d'un certain nombre de symptômes importants nous paraissant en rapport plus ou moins direct avec le psychisme.

§ I. — Symptômes moteurs observés avant les expériences.

Nos malades présentaient des phénomènes de petite ou de grande catatonie : alternatives de barrage moteur ou négativisme avec la suggestibilité, le maniérisme, les stéréotypies verbales ou motrices, les impulsions, les troubles mimiques (rire explosif, grimaces), l'activité d'imitation (échomimie, écholalie, échopraxie catatonique), la tendance à la persévération ou catalepsie. Ce dernier signe se manifeste par le phénomène de la chute du bras, de Meige, la main docile et la main préservatrice, le signe de l'oreiller psychique, le signe de la langue, de Kraepelin. D'après cet auteur « les malades à

chaque piqure contractent douloureusement le visage, mais ils sont incapables d'interrompre l'impulsion motrice déchaînée par le commandement et de se soustraire à la piqure qui les menace ».

En dehors de ces « signes passifs », parfois plus ou moins influençables par le bruit, le changement d'attitude, la peur, nous avons trouvé une série de phénomènes hyperkinétiques latents, en particulier le signe de Maillard.

Nous avons mis en valeur le mécanisme tonique chez les malades par la recherche du ballotement distal de la main et du pied (*). Dans 27 cas sur 32 nous avons trouvé que les mouvements passifs et longuement répétés (1 à 3 minutes) de l'avant-bras sur le bras et de la jambe sur la cuisse (position du décubitus ventral) exagèrent la résistance musculaire directement intéressée à celle des antagonistes. On peut ainsi constater chez les malades les plus amyotrophiques le déclenchement d'une contraction tonique réflexe avec hypomobilité articulaire et exagération de la résistance. Dans certains cas le phénomène tonique est normal : la malade retire le bras ou la jambe par réaction de défense sans hyperkinésie morbide. Ces faits confirment la théorie de la tension musculaire de Kalbaum et justifient l'expression « d'immobilité sous pression » de Baruk et De Jong (60).

La recherche des réflexes élémentaires de posture a été faite selon les moyens indiqués par les D^r Foix et Thévenard sans électromyographe. Pour le réflexe du jambier antérieur nous sommes arrivés aux mêmes résultats que Claude, Baruk et Thévenard : dans 28 cas il a été normal, et dans 3 cas diminué. Chez aucune de nos malades nous n'avons eu l'impression de l'intervention de la volonté et de l'action de l'« attention concentrée » comme l'indique Delmas-Marsallet. Les réflexes élémentaires de posture sont souvent à type cataleptique, c'est-à-dire que la contraction du jambier antérieur persiste plus longtemps, mais la décontraction se produit brusquement.

(*). On trouve la description de ce signe dans le travail des D^{rs} Alaïouanine et Gopeavitch : *Sémiologie de l'hypotonie musculaire. Presse médicale*, 18 avril 1931.

Nous avons pu par nos expériences révéler un certain nombre de symptômes moteurs. Nous ne chercherons pas à les interpréter, nos recherches nous semblant insuffisantes ; nous nous sommes contentée de noter avec exactitude les phénomènes observés. Des travaux très importants ont été faits, qui sont trop nombreux pour être rappelés ici. En particulier, Claude et Baruk ont entrepris l'étude clinique et physiologique de la catatonie. Ils ont provoqué expérimentalement la catatonie grâce au somnifène. Dans d'autres observations, ils signalent chez les Déments précoces un signe de Babinski spontané. Dans une série de travaux, Claude, en collaboration avec Thévenard, Bourguignon, Aubry et Nouel (15-16-24 et suiv.) étudie les réflexes élémentaires de posture, la chronaxie, l'excitabilité labyrinthique et les réactions musculaires (recherches électromyographiques) : c'est la théorie de la psychomotricité. Le syndrome catatonique est considéré comme un trouble de la volonté, l'atteinte est à la fois psychique, organique et corticale.

§ 2. — *Symptômes moteurs observés au moment de l'exploration pharmacodynamique.*

A) — *Avec le test combiné (éther-cocaïne-caféine-strychnine).*

Le *négativisme* (verbal et moteur) est supprimé dans 25 cas sur 27. Parfois, le négativisme disparu fait place à la flexibilité cireuse. Dans 10 cas *apparition d'un syndrome complet de catalepsie*. Dans 2 cas exagération de la catalepsie préexistante.

Dans d'autres cas la *catalepsie* (qui accompagnait d'une façon concomitante ou intermittente le négativisme) *disparaît*. Dans 1 cas disparition complète de la catalepsie. Dans 2 cas il y a disparition de la flexibilité cireuse avec persistance du signe de la langue de Kraepelin.

Symptômes d'ordre pyramidal : 9 signes de Babinski unilatéraux, 1 bilatéral.

Symptômes d'ordre extrapyramidal : Les réflexes élémentaires de posture sont augmentés dans 6 cas : le pied reste en flexion avec les caractères de la catalepsie.

Les réflexes d'attitude générale sont augmentés dans un cas. Nous avons obtenu 3 fois le phénomène de la roue dentée du biceps.

B) — *Avec le hachich.*

Sur les 7 malades qui ont subi les expériences, dans 4 cas il y a eu apparition de catalepsie accompagnée dans un cas du signe de la langue de Kraepelin. Les réflexes élémentaires de posture ont été diminués 2 fois. Dans un cas, il y a eu apparition de la roue dentée du biceps.

C) — *Avec le peyotl.*

Il y a eu apparition progressive de catalepsie chez les 2 malades soumises aux expériences ; en plus, chez l'une d'elles, phénomène de la roue dentée du biceps.

§ 3. — *Commentaires des résultats.*

Le négativisme, considéré comme tendance générale à résister à toutes les modifications extérieures, — nihilisme de Morel, oppositionnisme de Kraepelin, — a été supprimé chez 27 malades sur 32 ; chez 26 malades nous avons fait disparaître le mutisme.

Parfois, le négativisme disparu a fait place à la flexibilité cirreuse et l'hyperkinésie s'est manifestée par l'apparition de la roue dentée et l'exagération du réflexe de posture élémentaire du jambier antérieur. Chez les malades débloquées mentalement nous avons constaté le *parallélisme* entre la disparition du négativisme et la réintégration psychique ; de même le retour au négativisme a été marqué par une bradypsychie progressive.

L'akinésie négativiste disparaît sous l'influence de l'excitation pharmacodynamique, il en est de même des stéréotypies d'attitude (inertie motrice en flexion, accroupissement). Tous ces phénomènes semblent en rapport direct avec l'état mental, ils suivent le même rythme, disparaissent avec le changement de formule affective et l'élévation du niveau psychique. Nous avons l'impression — il ne s'agit là que d'une simple hypothèse — que les malades accablées par l'asthénie sont incapables de l'activité nécessitée par tout changement : l'excitation phar-

macodynamique diminue, parfois jusqu'à la supprimer, l'asthénie-aboulie qui paraît être à la base de la stupeur catatonique.

Un second fait important consiste dans l'apparition de la catalepsie (accompagnée parfois de l'exagération des réflexes de posture) — et sa *coïncidence avec la réintégration psychique*, autrement dit les phénomènes de flexibilité cireuse et d'hyperkinésie localisée apparaissent dans les moments optima de déblocage, les malades étant alors mieux insérées dans la vie réelle et dans leur passé. Dans ce cas il semble qu'il s'agisse d'une *tendance latente* et non d'un syndrome créé par nos expériences ; en effet, chez deux mélancoliques d'involution, l'épreuve pharmacodynamique n'a produit aucun trouble moteur. On peut éliminer l'hystérie, quoique les phénomènes moteurs coïncident avec l'éveil psychique, car la flexibilité cireuse présentée par nos malades n'a, comme le remarque le Dr C. Pascal, aucune analogie avec la catalepsie hystérique (100). Enfin, chez nos malades cataleptiques des troubles nettement hébéphréniques (écholalie, itération verbale, etc...) venaient parfois troubler l'activité mentale récupérée.

Chez certaines malades, se présentant en dehors de l'exploration pharmacodynamique, avec des attitudes figées inexpressives, un syndrome catatonique plus ou moins complet, nous avons fait apparaître de nombreux signes de la *série extrapyramidale*, inexistants en dehors de l'expérience, et permettant de rapprocher, au point de vue clinique, ces malades des parkinsonniens.

Sous l'influence de la cocaïne à doses progressives nous avons noté un quatrième fait important consistant dans l'apparition, la disparition et la réapparition de la catalepsie, ce qui permet de saisir la latence du syndrome et son réveil selon le degré de l'excitation ou de l'inhibition pharmacodynamique.

L'exploration par les médicaments de la motricité des éléments précoces semble nous montrer que les manifestations catatoniques appartiennent à des mécanismes très différents. « Le syndrome catatonique est composé d'éléments hétérogènes et de valeur inégale » (C. Pascal), l'activité psychique et l'activité purement neurologique in-

terfèrent constamment ce qui permet de suivre la dissociation progressive entre l'activité volontaire tonique et l'activité involontaire, jusqu'à libération de cette dernière : automatisme verbal, mimique (rire explosif), impulsions, ictus, etc...

Les expériences que nous avons faites soulignent la valeur des « actes interférentiels » décrits par le Dr C. Pascal, et établissent la division entre la symptomatologie soumise directement au psychisme et celle qui en est plus ou moins indépendante.

L'étude du comportement catatonique souligne dans les phénomènes moteurs, comme dans les symptômes mentaux, l'importance de la variabilité, de l'instabilité des symptômes morbides, et ce caractère de réversibilité attire l'attention sur la valeur des troubles dynamiques dans la Démence précoce. On peut ainsi, chez les malades, apprécier l'intrication du dynamisme psychique et moteur dans le comportement catatonique.

La conception neurologique peut s'appuyer sur la multitude d'actes interférentiels qui appartiennent à la série pyramidale. Ces faits expérimentaux apportent de nouvelles preuves en faveur d'une théorie éclectique de la catatonie. Ce syndrome, constitué par la seule observation clinique, correspond à des anomalies de fonctionnement tantôt psychique, tantôt pyramidal, tantôt extrapyramidal. L'exploration pharmacodynamique réalise, suivant les doses et les sujets, des phénomènes d'excitation qui font apparaître une tendance catatonique latente ou des phénomènes de sédation qui peuvent faire disparaître des symptômes catatoniques. Il est à remarquer qu'une dose donnée peut provoquer en même temps la disparition de symptômes psychiques (réintégration) et l'apparition de phénomènes catatoniques latents. Les diverses régions cérébrales peuvent réagir de façon différente à une même dose de toxique.

CONCLUSIONS

L'exploration pharmacodynamique (méthode d'observation clinique notant surtout le comportement et l'activité spontanée) nous semble apporter des éléments utiles au diagnostic et au pronostic de la Démence précoce catatonique et à l'appréciation des possibilités plus ou moins grandes que possèdent nos malades de récupérer leurs fonctions psychiques. De plus, les résultats ainsi obtenus confirment les données cliniques fournies par l'étude de l'évolution du processus morbide.

1) — Les malades qui ont le mieux réagi aux expériences (nous ayant révélé l'absence de dissociation marquée, avec un capital psychique presque intact) sont celles pour lesquelles on peut d'une façon générale porter un meilleur *pronostic*, alors que rien, dans l'examen clinique antérieur, ne nous permettait de préjuger des possibilités d'amélioration ou de rémission. Des guérisons ultérieures ont confirmé la valeur de ce moyen de pronostic.

2) — Dans certains cas de mutisme hébéphrénique pur, impossibles à *diagnostiquer* cliniquement, l'éveil, par les expériences, d'une catalepsie latente, a permis d'affirmer précocement la nature de la maladie. Dans le mutisme des mélancoliques et des délirants progressifs, nous n'avons jamais pu obtenir ce syndrome catatonique expérimental.

3) — En général, les malades sont retombées dès le lendemain dans l'état d'apparence démentielle. On peut cependant se demander si la répétition fréquente de l'excitation médicamenteuse ne pourrait pas dans certains cas — chez les malades à prévalence de troubles dynamiques — produire une amélioration plus durable, en maintenant artificiellement le tonus psychique.

4) — Les expériences provoquant une extériorisation verbale (dans un certain nombre de cas nous avons supprimé momentanément le mutisme), nous permettent de constater que les lois qui régissent la pensée de nos ma-

lades ne sont en général ni de type onirique, ni de type archaïque.

5) — L'expérience médicamenteuse, libérant le malade de son inertie psychique et modifiant la cénesthésie, permet de mettre en relief l'importance habituelle (en dehors de l'excitation pharmacodynamique) de l'affaiblissement de l'« élan vital », du défaut de création et d'activation du « moi », d'où résulte le fléchissement de l'intérêt que le malade porte à lui-même et à l'ambiance.

6) — Nous avons parfois mis en évidence, chez certaines malades, des possibilités de réintégration dans le réel, de récupération de l'activité spontanée, avec conservation plus ou moins importante du capital psychique. D'autre part, il semble exister des éléments nombreux de désagrégation mentale pathognomoniques de la Démence précoce. On met ainsi en valeur la dualité des troubles dynamiques réversibles modifiables et des déficits définitifs. Ces résultats semblent permettre de reprendre sur des bases nouvelles la théorie organique de Kraepelin et de reconnaître la valeur de la théorie dynamique de Bleuler qui a attiré notre attention sur les possibilités de reviviscence mentale de nos malades.

7) — Des résultats intéressants nous ont été fournis par l'étude de la catatonie de nos démentes précoces. Chez certaines, le négativisme, le maniérisme, ont complètement disparu à la phase optima des expériences (déblockage isochrone psychomoteur). De même, nous avons pu supprimer momentanément la catalepsie. Chez d'autres, au moment de la réintégration psychique maxima, il y a eu apparition d'un syndrome cataleptique inexistant à l'état habituel. Ces résultats soulignent l'importance du degré d'intrication de l'élément psychique dans toutes les manifestations catatoniques.

Nous avons également constaté l'apparition des signes de la série extrapyramidale (roue dentée, réflexe de posture, etc.) et pyramidale (signe de Babinski transitoire).

TABLEAUX SYNOPTIQUES
DES OBSERVATIONS



	ETAT MENTAL	CATALEPSIE	PETITS SIGNES DE CATATON SIGNE DE LA LANGUE DE KRAEPELIN
MADELEINE M. (Obs. 1). Etat antérieur : Cocaïne 0 gr. 009 : Cocaïne 0 gr. 018 : Cocaïne 0 gr. 02 : Ether :	Négativisme (mutisme). Réintégration psychique. Mutisme. Réintégration. Déblocage superficiel.	Flexibilité cirreuse. Disparaît. Existe. Disparaît. Disparaît.	Signe de la langue Signe langue. Disparaît. » » Existe. » » Existe. » » Existe.
CAMILLE C. (Obs. 2). Etat antérieur : Cocaïne 0 gr. 02 :	Négativisme. Verbigération. Disparition du négativisme. Réintégration psychique.	Absente. Absente.	Absents. »
CAROLINE B. (Obs. 3). Etat antérieur : Hachich : 0 gr. 10 :	Négativisme (Demi-mutisme) Réintégration complète.	Absente. Ebauche de catalepsie.	Absents. Signe de la langue.
ANTOINETTE T. (Obs. 4). Etat antérieur : Excitation combinée :	Négativisme (mutisme). Réintégration complète.	Absente. Absente.	Absents. Absents.
LOUISE C. (Obs. 5). Etat antérieur : Excitations combinées	Négativisme (mutisme). Réintégration complète.	Absente. Absente.	Absents. Absents.
IDA B. (Obs. 6). Etat antérieur : Hachich 0 gr. 10 : Peyotl 0 gr. 15 :	Négativisme (mutisme). Réintégration complète. Réintégration incomplète.	Absente. Absente. Catalepsie.	Absents. Signe de la langue K. Signe de la langue.
LOUISE H. (Obs. 7). Etat antérieur : Ether, cocaïne :	Négativisme (mutisme). Réintégration complète.	Absente. Absente.	Absents. Absente.

SIGNES EXTRA-PYRAMIDAUX.					
GNES PYRAMIDAUX.	RÉFLEXES ÉLÉMENTAIRES de posture.	ROUE DENTÉE	RÉFLEXES D'ATTITUDE générale.	TENSION	POULS
Normaux.	Normaux.	Absente.	Normaux.	8/11,5	68
"	Légèrement augmentés.	Absente.	"	8/12,5	92
"	Normaux.	Absente.	"	8/12,5	46
"	Normaux.	Absente.	"	8/12,5	80
"	Normaux.	Absente.	"	8/12,5	76
Normaux.	Rien de pathologique.			7/11,5	76
"	"			7/13,5	104
"	Faibles.	Absente.	Nuls.	8/12	92
"	Faibles.	Absente.	Nuls.	8/13	120
Normaux.	Rien de pathologique.				
Normaux.	"				
Normaux.	Rien de pathologique.				
Normaux.	"				
Normaux.	Normaux.	Absente.	Nuls.	9/12	68
Normaux.	Flexion du pied persistante à type cataleptique.	Absente.	Nuls.	9/13	100
es rotuliens diminués.	Flexion du pied persistante à type cataleptique.	Absente.	Nuls.	9,5/10	73
Normaux.	Rien de pathologique.				
Normaux.	"				

	ETAT MENTAL	CATALEPSIE	PETITS SIGNES DE CATATONIE
HÉLÈNE B. (Obs. 8) Etat antérieur : Cocaïne 0 gr. 015 : Cocaïne 0 gr. 02 : Ether (réveil) : Hachich 0 gr. 10 :	Négativisme. Mutisme. Mutisme. Déblocage superficiel. » Réintégration complète.	Flexibilité circuse Moins prononcée Catalepsie. Catalepsie disparaît. Catalepsie disparaît.	Signe de la langue. Signe de la langue. Signe de la langue et oreiller chique. Disparition du signe de la langue. Disparition des petits signes de catatonie.
MARIE C. (Obs. 9). Etat antérieur : Excitation combinée :	Négativisme. Mutisme. Réintégration incomplète.	Absente. Ebauche de catalepsie.	Absents. Signe de la langue.
CÉCILE C. (Obs. 10). Etat antérieur : Ether : Cocaïne 0 gr. 02 :	Négativisme. Verbigération. Réintégration incomplète. »	Flexibilité circuse. Disparaît. Apparaît.	Signe de la langue. Signe de la langue. Signe de la langue et main droite.
LOUISE F. (Obs. 11). Etat antérieur : Excitation combinée :	Stupeur négativiste. Réintégration incomplète.	Absente. Catalepsie.	Absents. Absents.
ALICE D. (Obs. 12). Etat antérieur : Ether : Cocaïne 0 gr. 02 :	Stupeur Négativiste. Mu- tisme. Déblocage. Réintégration incomplète.	Catalepsie . Disparition. Disparition.	Signe de la langue. Signe de la langue. Signe de la langue.
BELLA R. (Obs. 13). Etat antérieur : Cocaïne 0 gr. 02 :	Négativisme (mutisme). Réintégration incomplète.	Catalepsie. Disparition.	Tous les petits signes de la Ca- tatonie. Signe de la langue disparaît.
DELPHINE L. (Obs. 14). Etat antérieur : Excitation combinée :	Stupeur négativiste. Mu- tisme. Réintégration incomplète.	Catalepsie. Catalepsie.	Tous les petits signes de la Ca- tatonie. Même état.
MARGUERITE B. (Obs. 15). Etat antérieur : Ether : Cocaïne 0 gr. 02 :	Stupeur négativiste. Déblocage superficiel. Réintégration incomplète.	Catalepsie. Même état. Disparaît.	Signe de la langue. Signe de la langue. Signe de la langue.

SIGNES PYRAMIDAUX.	SIGNES EXTRA-PYRAMIDAUX.			TENSION	POULS
	RÉFLEXES ÉLÉMENTAIRES de posture.	ROUE DENTÉE	RÉFLEXES D'ATTITUDE générale.		
Normaux.	Normaux.	Absente.	Nuls.	6,5/11	64
Normaux.	Légèrement augmentés.	Absente.	Nuls.	6,5/11	84
Babinski positif à gauche.	Très augmentés.	»	Très marqués.	6,5/11	92
Normaux.	Normaux.	»	Nuls.	6,5/11	
Normaux.	Légèrement diminués.	»	Nuls.	6,5/12	120
Normaux.	Faibles.	Absente.	Nuls.		
Normaux.	Faibles.	»	Nuls.		
Normaux.	Faibles.	Absente.	Nuls.		
Normaux.	Faibles.	»	»		
Normaux.	Faibles.	»	»		
Normaux.					
Babinski positif à gauche.					
Normaux.	Normaux.	Absente.		7/13	73
Babinski positif à gauche.	Normaux.	»			
Normaux.	Exagérés.	»		7/13	96
Normaux.	Faibles.			6/11	
»	Augmentés.			6/11,5	
Normaux.	Normaux.				
»	»				
Normaux.	Normaux.	Nuls.	Nuls.		
»	»	»	»		
»	»	»	»		

	ETAT MENTAL	CATALEPSIE	PETITS SIGNES DE CATA SIGNES DE LA LANGUE DE KRA
ADRIENNE C. (Obs. 16). Etat antérieur : Ether : Cocaïne 0 ^e gr. 02 :	Négativisme (mutisme). Même état. Réintégration partielle.	Absente. Ebauche catalepsie, Catalepsie.	Signe de la langue. Signe de la langue. Tous les petits signes de la c
MARTHE D. (Obs. 17). Etat antérieur : Excitations combinées	Stupeur négativiste. Déblocage superficiel.	Absente. Absente.	Absents. »
ODETTE C. (Obs. 18). Etat antérieur : Excitations combinées Hachich 0 gr. 10 :	Négativisme (mutisme). Déblocage superficiel. Déblocage partiel.	Catalepsie. Exagération. Exagération.	Signe de la langue. » »
MATHILDE D. (Obs. 19). Etat antérieur : Excitations combinées	Négativisme (mutisme). Déblocage partiel.	Catalepsie. Exagération.	Signe de la langue. »
PAULETTE S. (Obs. 20). Etat antérieur : Excitations combinées	Négativisme (demi-mutisme). Déblocage partiel.	Absente. Même état.	Absents. »
RAYMONDE C. (Obs. 21). Etat antérieur : Excitations combinées Hachich 0 gr. 10 :	Négativisme (demi-mutisme). Déblocage partiel. »	Absente. Même état. »	Absents. » »
MADELEINE B. (Obs. 22). Etat antérieur : Peyotl :	Négativisme, Verbigération. Déblocage partiel.	Absente. Catalepsie.	Absents. Apparition de tous les petits de la catatonie.
MARIE CH. (Obs. 23). Etat antérieur : Hachich :	Négativisme (demi-mutisme). Déblocage partiel.	Absente. Catalepsie.	Absents. Absents.
ALICE G. (Obs. 24). Etat antérieur : Ether : Cocaïne 0 gr. 02 : Hachich :	Négativisme, Verbigération. Même état. Déblocage partiel. Déblocage partiel.	Absente. Absente. Ebauche de catalepsie. Catalepsie.	Absents. Absents. Absents. Signe de la langue.

SIGNES EXTRA-PYRAMIDAUX.					
REFLEXES PYRAMIDAUX.	REFLEXES ELÉMENTAIRES de posture.	ROUE DENTÉE	REFLEXES D'ATTITUDE générale.	TENSION	POULS
reflexes tendineux vifs. Babinski positif à droite. Normaux.	Normaux. Normaux. Exagérés.	Absente. Absente. Roue dentée du biceps	Nuls. » »	6/10,5 6/5,12	68 110
Normaux. Babinski positif à gauche.					
Normaux. » »	Normaux. » »	Nuls. Roue dentée du biceps Absente.	Nuls. » »		
Normaux. Babinski bilatéral.					
Normaux. Normaux.	Normaux. Exagérés.	Nuls. Roue dentée du biceps	Nuls. Nuls.	6/11 6/11	70 112
Normaux.	Normaux. »	Nuls. »	Nuls. »	8/12 8/12	72 108
Normaux. » » »	Normaux. » » »	Nuls. » Roue dentée du biceps »	Nuls. » »		

	ETAT MENTAL	CATALEPSIE	PETITS SIGNES DE CA S SIGNÉ DE LA LANGUE DE P.
HÉLENE BU. (Obs. 25). Etat antérieur : Ether : Cocaïne 0 gr. 02 :	Négativisme. Verbigération. Déblocage très superficiel. Même état.	Absente. Catalepsie. Absente.	Néant. Néant. Néant.
MARIE B. (Obs. 26). Etat antérieur : Ether :	Mutisme. Déblocage très superficiel.	Absente. Ebauche de catalepsie.	Néant. Néant.
LOUISE R. (Obs. 27). Etat antérieur : Ether. Caféine :	Mutisme. Déblocage très superficiel.	Absente. Ebauche de catalepsie.	Néant. Néant.
ALICE D. (Obs. 28). Etat antérieur : Excitations combinées	Négativisme. Déblocage très peu marqué.	Absente. Absente.	Néant. »
RENÉE B. (Obs. 29). Etat antérieur : Excitations combinées	Mutisme. Déblocage presque nul.	Absente. Absente.	Absents. »
MARIE-LOUISE H. (Obs. 30). Etat antérieur : Excitations combinées	Mutisme. Même état.	Absente. Même état.	
ISABELLE P. (Obs. 31). Etat antérieur :	Mutisme. Même état.	Catalepsie. Plus prononcée.	Signe de la langue.
MARIA C. (Obs. 32) Etat antérieur : Ether :	Négativisme persistant.	Catalepsie. Même état.	

SIGNES EXTRA-PYRAMIDAUX.				TENSION	POULS
SIGNES PYRAMIDAUX.	RÉFLEXES ÉLÉMENTAIRES de posture.	ROUE DENTÉE	RÉFLEXES D'ATTITUDE générale.		
Normaux. le Babinski positif à gauche.					
Normaux. le Babinski positif à droite.					
Normaux. le Babinski positif à gauche.					
Normaux. le Babinski positif à droite.					
Normaux. ébauche du signe, de Ba- ski à droite.					98 129

QUATRIEME PARTIE

OBSERVATIONS

NOTE PRÉLIMINAIRE

Rappelons que nous avons employé, au cours de ces expériences, les médicaments suivants : Cocaïne, Chanvre Indien (Hachich), Peyotl, Ether, Caféine, Strychnine, Alcool.

La cocaïne (chlorhydrate) a été administré sous forme de prises nasales, le plus souvent d'une façon progressive.

Le hachich, sous forme d'extrait mou hydro-alcoolique et de hachichine, et le peyotl, sous forme d'extrait hydro-alcoolique de mescal-buttons actifs (provenance A. Rouhier) (1), ont été donnés par voie stomacale, au moyen de la sonde.

L'éther a été administrée par inhalation, à l'aide du masque d'Ombredanne.

La caféine (base) et la strychnine (sulfate), ont été introduites par voie hypodermique.

L'alcool (à 90°, étendu d'eau) ou sous forme de vin de champagne, a été donné aux malades par voie gastrique.

(1) Le peyotl étant encore actuellement une drogue peu commune, il nous paraît indispensable de donner à son sujet quelques indications pratiques, utiles aux futurs expérimentateurs.

L'activité physiologique des « mescal-buttons » (têtes desséchées de peyotl, — la racine étant pratiquement inactive) est extrêmement variable, en *qualité* et en *intensité*, selon leur provenance géographique et l'époque de leur récolte : La drogue est plus ou moins hallucinoïde ; elle est plus ou moins toxique ; elle peut être complètement inactive selon la composition de son complexe alcaloïdique. — D'autres expérimentateurs que nous, ont éprouvé des échecs avec des peyotls (mescal-buttons) de diverses provenances commerciales ou présentés sous forme de spécialités pharmaceutiques inactives. Seuls ceux que nous a fournis le Dr A. Rouhier, qui les reçoit de source indienne, nous ont donné des résultats physiologiques précis. C'est également avec le « Panpeyotl Rouhier » qu'a expérimenté le Dr Briau, médecin des Asiles de la Seine (10).

Pour plus de renseignements, consulter le travail de A. Rouhier : *La Plante qui fait les yeux émerveillés, le Peyotl*. Paris, 1927).

PREMIER GROUPE D'OBSERVATIONS

Observation 1.

Epreuve à la Cocaïne (doses progressives) puis par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 02, Strychnine (0 gr. 001), Caféine (0 gr. 20).

MADELEINE M. : 28 ans, célibataire. Internée depuis Octobre 1930.

COMPORTEMENT ACTUEL : Alternatives de mutisme et de verbification. Nous avons choisi une période de mutisme pour faire les expériences. Ambivalences. Absence d'impulsions. Inertie complète.

La catalepsie existe depuis le début de l'internement. Les réflexes de posture sont normaux. Pouls à 68. Tension artérielle à 8/11,5 au Vaquez.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE

Vendredi 31 octobre 1930, 14 heures. — Cocaïne : 0 gr. 003.

La malade est hostile ; elle reste assise immobile, répond par oui et non aux questions posées, absence de spontanéité. Aucune modification de l'état habituel. Sommeil normal la nuit suivante.

Samedi 1^{er} novembre, 14 heures. — Cocaïne : 0 gr. 006.

La malade s'habille elle-même pour venir voir le médecin. Quelques questions sur sa famille ; réponses monosyllabiques dont voici quelques exemples :

Q. — « Que faisait votre père ? »

R. — « Marchand ».

Q. — « De quoi ? »

R. — « De tableaux ».

Q. — « Habitez-vous avec vos parents ces derniers temps ? ».

R. — « Non ».

Q. — « Où ? »

R. — « Dans une pension ».

Nous poussons un peu plus les questions pour essayer d'aborder le sujet de son récent chagrin, qui nous a été révélé par la famille : la malade avait un ami qui l'a quittée il y a quelques mois ; depuis, il s'est marié, ce que, du reste, la malade ignore.

14 heures 40.

Q. — « Comment s'appelle votre ami ? »

R. — « Daniel ».

Q. — « Souffrez-vous de ne plus le voir ? »

R. — « Nous sommes d'accord, nous nous aimons bien ».

Q. — « Comment le savez-vous ? »

R. — « Il me parle, je crois que nous sommes bien ensemble. Je lui obéis ».

Q. — « L'entendez-vous aussi nettement que vous m'entendez en ce moment ? »

R. — « Je ne sais pas ».

15 heures.

Q. — « Le voyez-vous ? »

R. — « Quelquefois, je crois ».

Q. — « Pouvez-vous communiquer avec lui ? »

R. — « Il me semble ».

Q. — « Connaît-il vos pensées ? »

R. — « Oui ».

Q. — « Que vous dit-il ? »

R. — « Je crois que nous sommes d'accord ».

Q. — « Vous force-t-il à agir, à parler ? »

R. — « Non ».

Q. — « Pouvez-vous communiquer avec lui, lui répondre ? »

R. — « Je ne sais pas ».

Q. — « Souffrez-vous d'être ici ? »

R. — « Non, mais j'attends qu'on vienne me chercher ».

Q. — « Qui viendra ? »

R. — « Je ne sais pas ».

Q. — « Que pensez-vous habituellement ? »

R. — « A rien... j'ai la tête fatiguée et vide ».

La malade est immobile avec un facies figé, aucune manifestation d'émotion. Conservation de l'ambivalence. La suite de l'interrogatoire ne nous permet pas d'obtenir plus de renseignements. Absence de modification des symptômes neurologiques et neuro-psychiques.

Dimanche 2 novembre 1930, 15 heures. — Cocaïne : 0 gr. 009.

La malade se lève pour se regarder dans la glace ; elle dit : « Je suis laide, je suis toute changée ».

Elle va s'asseoir et regarde tout ce qui l'entoure ; elle ne parle pas.

Q. — « Que pensez-vous ? »

R. — « Je pense que je veux m'en aller, c'est fini ma folie ».

Q. — « Avez-vous été malade ? »

R. — « J'avais l'esprit retourné, des idées trop excentriques ».

Q. — « Pourquoi avez-vous fait des excentricités pour vous faire interner ? »

R. — « Pour forcer un but, par dépit. Pour vous dire le fond de ma pensée ; les nerfs aussi, tout me rendait malade ».

Q. — « Entendez-vous toujours des voix ? »

R. — « Pour dire vrai, oui, j'entends toujours des voix ».

Q. — « Quelles sont ces voix ? »

R. — « Ce sont les personnes qui sont dans la salle ; la voix des infirmières évoque la voix des personnes autrefois connues ; alors j'imagine les revoir. Hier, un visiteur avait la voix de mon ami j'ai pensé très fortement à lui, je me le suis représenté, mais tout cela c'est plutôt une distraction du lit ».

Q. — « Donc, votre ami ne vous parle pas, tout cela est imaginaire ? »

R. — « L'imagination est parfois une certitude ; c'est compliqué, trop compliqué ! ».

15 heures 30.

Q. — « Pouvez-vous vraiment communiquer avec votre ami ? »

R. — « Définir exactement ce qui se passe dans ma tête c'est très compliqué, mais ces voix sont sûrement pour mon bien ».

Quelques minutes après avoir réfléchi, la malade nous dit : « Maintenant j'ai l'impression qu'il me dit de guérir et de me laisser soigner. »

Q. — « Est-ce que parfois vos pensées ne sont plus les vôtres, mais, par exemple, celles de votre ami ? »

R. — « Il me semble que toutes ces imaginations que j'avais viennent de lui ».

15 h. 45. — Pouls : 92. — Tension artérielle 8-12,5. Pâleur de la face, léger tremblement des doigts. Augmentation légère des réflexes de posture surtout pour les biceps des deux côtés. — La cataplexie a disparu.

Q. — « Quand avez-vous connu votre ami ? »

R. — « Il y a plus de sept ans que je le connais ; mais voilà deux ans il est resté longtemps aux colonies, je ne le voyais plus ; depuis qu'il est revenu je le vois souvent chez une de mes amies qui est sa belle-sœur ».

Q. — « Quand est-il devenu votre amant ? »

R. — « Au début du mois de juin, nous étions parti à plusieurs pour passer quelques jours à la campagne. Depuis quelque temps, certains silences, certaines attentions me disaient qu'il pensait à moi ; mon imagination était peut-être en défaut ; c'est moi qui suis allée le trouver un soir, c'est peut-être pourquoi il y a eu des chocs après ».

Q. — « Avez-vous été heureuse ? »

R. — « Pas longtemps ; dès la fin de juin, il y a eu des heurts fréquents. À quoi attribuer ces tourments, ces tempêtes qui se sont passées ? Peut-être à mon genre de vie, peut-être à mes torrents d'eau. Il y avait comme une incompréhension de l'un et de l'autre en vie commune ; peut-être par ma faute ; en tous les cas, il n'y avait pas de sa faute à lui ».

La malade pleure en racontant ses peines.

Q. — « L'aimez-vous beaucoup ? »

R. — « Enormément, cela me fait du bien de parler de lui. J'au-

rais voulu vivre avec lui, ne jamais le quitter. Je n'ai jamais eu de plaisir physique. J'aimais son caractère, son tempérament ; si j'avais vécu avec lui, il m'aurait protégée ; nous aurions été comme frère et sœur ; j'estime que j'aurais été heureuse toujours à ses côtés ».

16 heures.

Q. — « Qu'est-ce qui vous a fait le plus souffrir ? »

R. — « C'est au début d'août, il est parti en vacances sans moi. Je suis allée pour le retrouver ; je l'ai vu se promener avec une jeune fille de l'hôtel ; je suis repartie à Paris. Je ne sais plus bien délimiter ce qui est vrai de ce qui est imaginé. Sans croire être jalouse, je l'étais ; je n'ai rien dit, je gardais toujours cela en dedans de moi, mais j'ai beaucoup souffert. J'ai pensé tellement de choses : manque de sincérité ou de sentiment vis-à-vis de moi, j'ai tout supposé pour expliquer notre désaccord ».

Q. — « L'avez-vous revu après le mois d'août ? »

R. — « Quelquefois, mais l'extériorisation n'était pas semblable à l'intérieur. J'avais autrefois le caractère gai, et alors je pleurais tout le temps, ce qui devait lui déplaire. Lorsque je repartais chez moi, il ne me disait pas de rester ; je craignais de l'importuner. Il y a deux ans, pendant que mon ami était aux colonies, j'avais pris un amant par dépit de ne plus le revoir ; malheureusement, il ne m'a jamais manifesté de jalousie ».

Q. — « Pourquoi n'avez-vous pas travaillé depuis plusieurs mois ? »

R. — « Je n'en trouvais pas et puis je suis toute changée depuis que je le connais ; mon humeur était bien plus variable, je me maquillais beaucoup plus ; mon jugement changeait, je ne comprenais plus les choses de la même façon, c'est cela tout le poème ».

16 h. 30.

Q. — « Quand vous vous êtes fait interner, l'a-t-il su ? »

R. — « Certainement, car il connaissait toutes mes pensées ; quand je lui racontais quelque chose je voyais qu'il le savait déjà. J'ai toujours su que nous étions d'accord en dedans ».

Q. — « Croyez-vous donc qu'il vous aime toujours ? »

R. — « Oui, en tous cas, il me semble que si je ne devais plus le revoir, sa famille ne s'occuperait plus de moi, ce ne serait plus un secours moral ».

En effet, la famille du jeune homme connaît Madeleine M. depuis longtemps et s'intéresse beaucoup à elle, la visite fréquemment.

La malade se trouve fatiguée, elle demande qu'on la laisse un peu se reposer, elle voudrait dormir pour essayer de guérir.

Lundi 3 novembre, 14 heures. — Cocaïne : 0 gr. 012.

La malade reste roulée sous ses couvertures, refuse de voir le médecin ; les infirmières l'habillent malgré elle ; elle se roule par terre, se fait traîner pour venir au bureau, cache sa figure dans ses bras, refuse de parler. Négativisme, hostilité. Contorsions hystériques.

Mardi 4 novembre, 14 heures. — Cocaïne : 0 gr. 015.

Même état que le jour précédent. Immobilité ; la malade reste les bras croisés ; attitude agressive, regard fixe. Réticences extrêmes, répond à peine oui ou non.

Mercredi 5 novembre, 14 heures. — Cocaïne 0 gr. 018.

14 heures 30.

Jusque-là, même état que les jours précédents. Subitement, crise de larmes.

Q. — « Pourquoi pleurez-vous ? »

On répète la question en incitant la malade à répondre.

R. — « On sait tout ce que je pense... je voudrais me boucher complètement les oreilles ».

Q. — « Pourquoi faites-vous cela, qu'entendez-vous ? »

R. — « Les gens du dehors, heureusement, je ne les entends pas ».

Q. — « Pourquoi n'avez-vous pas voulu répondre hier ? »

R. — « On ne fait que me contredire ; il se passe des choses auxquelles je ne comprends rien ».

Q. — « Pourquoi avez-vous eu des crises de nerfs hier et avant-hier ? »

R. — « J'ai fait toute cette crise pour sortir, on fait toujours le contraire de ce que je veux ».

Q. — « Qui vous avait commandé de faire cette crise ? »

R. — « Je n'en sais rien. Quand quelqu'un marche bien, ici, on cherche à le détraquer ».

Réticences extrêmes, aspect hostile. Ambivalences.

Tension artérielle : 8-12,5. — Pouls : 76. Catalepsie. Négativisme.

Jeudi 6 novembre. — Cocaïne : 0 gr. 021.

8 heures 30. — Elther.

Période d'excitation normale. La catalepsie habituelle a disparu. Absence du signe de Babinski.

8 heures 55 : période de sommeil.

9 heures : période réveil. — La malade se frotte les yeux, la figure, elle se soulève, regarde autour d'elle, sourit : « Je ne sais plus ce qu'il y a eu. Ça va très bien ». — Eclat de rire.

9 heures 05. — Cocaïne : 0 gr. 021.

10 heures 45. — Strychnine : 0 gr. 001.

11 heures 30. — Caféïne : 0 gr. 20.

9 heures 10.

Q. — « Comment vous sentez-vous ? »

R. — « Je me suis sentie partir, on voudrait se retenir et puis on tombe. Je ne sais même plus à quoi je pensais quand je me suis éveillée ».

9 heures 15.

« J'ai les lèvres engourdies, comme mortes ».

Excitation motrice, la malade remue les jambes, se tourne plusieurs fois de suite dans son lit : « Mes idées reviennent ».

Q. — « Lesquelles ? »

R. — « Mes idées normales ; ces jours-ci je n'avais plus d'idée ».

Q. — « Quelles sont ces idées ? »

R. — « Je faisais tout ce qu'on voulait, tout ce qu'on me faisait faire ; on connaissait tout mon passé ».

Le pouls est à 80. Les yeux sont plus brillants. Quelques nausées. Spontanément, la malade nous demande :

« Pourquoi entend-on tout ce que je pense maintenant ? »

Nous insistons pour obtenir de plus amples renseignements. Voilà ce que la malade nous explique avec de nombreuses réticences ; il faut beaucoup insister pour obtenir ces réponses :

« Cela viendrait peut-être de l'électricité qu'on a dans le corps. Il n'y a pas longtemps que je m'en suis rendu compte, mais ici, fréquemment, on a connu toutes mes pensées. Moi, je ne peux pas savoir ce que les autres pensent, mais les autres le savent ; c'est trop long, inutile et difficile à dire, et pourquoi ? à quoi bon ? puisque vous savez tout ce que je pense ».

10 heures.

Réactions ambivalentes. Eclats de rire. La malade se cache la figure avec ses mains, prend une mèche de cheveux, l'entoure autour de son nez, la met dans sa bouche. — *Excitation motrice.* — *Nombreux mouvements anormaux parasites.*

10 heures 30.

Nous interrogeons la malade sur son passé :

R. — « Mon père était divorcé, j'ai été en classe à A... Oui, j'avais des amies à l'école, mais ça devait être pareil, comme tout le monde pour savoir ce que je pensais et ce que je faisais. »

A été en classe jusqu'à 15 ans, puis travaillait chez son père qui vendait des cadres et des tableaux ; son père s'est remarié en 1921.

« Ma belle-mère m'a fait de petites méchancetés, c'était tout imaginé par eux. Quand mon père m'a laissée, j'ai cherché du travail, je n'en ai pas trouvé, cela était fait exprès, j'en suis sûre ; je voudrais savoir comment et pourquoi, et si ça doit durer ? »

11 heures.

Rire inextinguible. Excitation motrice. Réactions ambivalentes (saute dans son lit, se cache la figure, rit, se frappe le front au lit). Réponses non ambivalentes. *Catalepsie absente ; cependant persistance du signe de la langue de Kraepelin.*

Q. — « Que pensez-vous toute la journée ? »

R. — « Cela est indiscret ».

Q. — « Que sentez-vous ? ».

R. — « Je n'en sais rien ».

Q. — « Que désirez-vous ? »

R. — « M'en aller ».

Q. — « Que ferez-vous ? »

R. — « Ce qu'on me fera faire ».

On interroge la malade sur ces influences qui semblent s'exercer sur elle :

11 heures 30.

« Je m'en suis rendu compte petit à petit, peut-être quand on a voulu que je m'en rende compte. Maintenant, tout est changé autour de moi, rien n'est pareil. On a voulu qu'enfin je me rende compte qu'autrefois je voyais les choses de travers. On embranche sur moi, on n'a qu'à débrancher, j'aime mieux en rire que d'en pleurer. Je lis de deux façons : en lisant, je me retrouve dans ce que je lis. J'ai trente-deux ans ; je vois trop clair mais je ne veux pas pleurer. Tous les événements quand j'étais chez moi, l'entourage le savait, les attendait, et j'en savais rien, ça j'en suis sûre ».

12 heures.

« On m'imposait certaines vulgarités plus ou moins prononcées, comme de m'être déguisée ; maintenant je comprends tout le petit cinéma ».

Toutes ces réponses sont faites sur un ton hostile ; il est difficile de les obtenir, la malade nous répète fréquemment :

« C'est inutile que je parle, vous savez tout mieux que moi ».

Aucune modification des réflexes de posture. Absence de catalepsie. Pouls à 76.

Q. — « Qui est-ce qui vous commande ? »

R. — « Je suis sous le joug de tout le monde ; j'aimerais mieux être vraiment folle, ce serait plus intéressant ! On m'a trop abrutie, c'est odieux qu'on sache tout ce que je pense. Si c'est cela que l'on veut : me faire un extérieur pour ne pas pleurer, je ne pourrai pas ; chassez le naturel, il revient. On me fait faire un tas de choses, on me fait comprendre ce que je dois faire. Quand on branche sur moi, des choses me passent dans l'esprit sans que je le veuille. On répète mes pensées en les déformant, c'est même assez spirituel, mais bien pénible. Je ne suis pas malade, on me fait un tas de trucs pour me contredire en bien ou en mal ; on s'amuse de ce que je pense ; je ne les entends pas rire parce qu'ils savent se dominer ».

Q. — « Comment vous défendez-vous ? »

R. — « J'essaie bien de ne plus penser à rien, mais c'est impossible, du reste, on m'envoie des idées, je suis le cours de mon imagination ».

Q. — « Comment peut-on connaître votre pensée ? »

R. — « Très franchement, je ne m'imagine pas comment ni pourquoi ; peu à peu par les gestes, les paroles, la mimique des gens, j'ai vu qu'on savait tout ce que je pensais ».

Q. — « Pourquoi vous fait-on souffrir ? »

R. — « Le but me semble bizarre ou grandiose, ou alors les gens s'amuse ; tout ce qu'on me fait dire et faire, c'est noir, c'est blanc, c'est un jeu. Est-ce dû à un manque d'instruction. Je n'en sais rien, quand on voudra me le dire, on me le dira ».

14 heures.

La malade a une attitude haultaine, renfermée, les bras croisés, la tête haute.

Q. — « Votre ami vous défend-il ? »

R. — « Je ne veux plus l'écouter, il s'est fichu de moi, pour me faire endurer tant de choses, c'est qu'il n'a pas beaucoup de sentiments ».

14 heures 15.

Larmes. — Mutisme.

15 heures.

« Je suis lasse, qu'on me tue, ou bien qu'on me laisse. Si on ne s'occupait pas toujours de moi dans la salle, ça irait mieux, c'est toujours la même rengaine ; les visites ne viennent que pour me narguer, pour rire de moi. Si on s'intéresse à moi, on doit me laisser sortir, sinon, qu'on me laisse. Que voulez-vous que je vous dise, vous en savez plus long que moi ».

Réticences. — Refus de répondre.

« C'est inutile que je vous parle, vous me connaissez mieux que moi-même. Je ne sais pas pourquoi je vous ai dit tout cela, ce sont des moments d'aberration, je ne voudrais pas vous en parler ».

16 heures 30.

Réapparition progressive des signes de cataplexie. Peu à peu, retour intégral à l'état antérieur.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE complet le troisième jour avec une dose de 0 gr. 009. Le mode d'expression monosyllabique des premiers jours a disparu : Au bout de 10 minutes nous obtenons le déblocage par réapparition de l'intérêt : la malade se regarde dans la glace, elle s'inquiète de son extérieur : « Je suis laide ». Conscience assez vive du morbide avec désir de guérison : « Je peux m'en aller, c'est fini, ma folie ».

RÉINTÉGRATION complète le troisième jour, très-diminuée les jours suivants, la malade étant dominée par l'excitation motrice cocaïnique ; elle est bien orientée dans l'espace et dans le temps. Elle présente un changement total de sa formule affective : le négativisme a disparu, la malade est confiante, mais non euphorique. Le dernier jour, elle analyse avec exactitude les impressions cénesthésiques, au réveil de l'éthérisation, et au début de l'action de la cocaïne.

ÉNUCLÉATION d'un complexe affectif avec charge émotionnelle assez vive ; la malade nous fait part de ses divers chagrins, elle présente des réactions adéquates, elle cherche à motiver ses actes, s'accusant elle-même plutôt que de découvrir aucune faute dans la conduite des autres. Elle exprime un sentiment d'inquiétude vague, et nous fait part de la difficulté qu'elle éprouve pour penser depuis quelque temps.

Son langage est normal, aucune asyntaxie, aucun symbolisme.

CAPITAL PSYCHIQUE : Absence de dissociation, la malade a gardé le mode logique de pensée ; elle raisonne normalement : « Si je ne devais plus le revoir, sa famille ne s'occuperait pas de moi ». Ses associations d'idées sont normales, évidemment centrées autour d'un complexe. Le mode d'expression est adéquat au contenu de sa pensée, sauf à la dernière expérience où nous constatons une certaine ambivalence des actes, du reste non accompagnée d'ambivalence des réponses.

La malade prend ses désirs pour des réalités ; ainsi elle veut que son ami s'occupe d'elle et s'imagine que le fait est réel ; elle n'a pas d'étonnement, son désir illusion est la seule possibilité tangible. Cette malade est *une des seules* qui présente dans son psychisme quelques phénomènes d'analogie avec le contenu habituel du rêve normal.

ÉTAT NEUROLOGIQUE ET NEURO-PSYCHIQUE : Avec 0 gr. 009 de cocaïne, la catalepsie disparaît, ainsi que le signe de la langue de Kraepelin ; les réflexes élémentaires de posture sont très légèrement augmentés.

Avec 0 gr. 018, la catalepsie existe de nouveau ainsi que le signe de la langue, les réflexes de posture élémentaire sont normaux.

Avec 0 gr. 02, la catalepsie disparaît sauf le signe de la langue de Kraepelin. Les réflexes élémentaires de posture sont normaux.

*
**

Observation 2.

Epreuve à la Cocaïne (doses progressives) et à l'Alcool (50 cm³).

CAMILLE C. ; 34 ans. Peintre décorateur, divorcée peu de temps avant son internement ; a eu un enfant. Internée depuis août 1929.

COMPORTEMENT HABITUEL : Troubles maniaques avec dissociation mentale. Démence précoce en évolution. Malade irritable, souvent agressive. Périodes d'excitation très vives ; impulsions fréquentes (érotisme) ; cris, chants, loquacité incohérente. Réponses impertinentes ou monosyllabiques. D'ordinaire, la malade refuse d'entrer en

conversation, parfois soliloque, incohérente. Inactivité habituelle : la malade passe ses journées allongée dehors au soleil, ou l'hiver près des calorifères. Au début de l'internement a fait quelques lettres incohérentes où se trouvaient des dessins à tendance symbolique.

Absence de catalepsie. Tonicité musculaire normale. Réflexes de posture segmentaires normaux ; réflexes tendineux normaux. Absence de signe de Babinski. Les pupilles réagissent normalement à la lumière ; les réflexes d'accommodation sont également normaux. Tension artérielle 7/11,5. — Pouls à 76.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE :

Mardi 21 octobre 1930, 13 heures 30. — Cocaïne : 0 gr. 003.

Excitation vive chez cette malade, colère, refus de se laisser instiller la cocaïne ; les infirmières sont obligées de la maintenir.

13 heures 40.

Réponses impertinentes : « Chez moi je ferai ce qui me plaira... ce que chaque femme doit faire ». Elle réclame sa sortie, son enfant, son mari, des amants. Nombreuses récriminations contre la vie sexuelle anormale qu'elle a ici.

14 heures 10.

Se plaint du médicament : « Ça me pique le nez, c'est amer, c'est très désagréable... Ce n'est pas en contrariant l'individu qu'on le fortifie et qu'on le rend sain ». Aucune modification des symptômes neuro-psychiques. Tension artérielle : 7-12,5. — Pouls : 78. Les réactions de la malade et son langage sont les mêmes qu'à l'état habituel en l'absence d'excitant.

Mercredi 22 octobre, 13 heures 30. — Cocaïne : 0 gr. 006.

Mutisme hostile. Elle nous dit cependant qu'elle ne veut pas parler car elle proteste contre les traitements que nous lui faisons subir. Aucune communicabilité.

Jeudi 23 octobre, 14 heures. — Cocaïne : 0 gr. 009.

14 heures 15.

La malade parle de son métier avec intérêt ; elle se rappelle des tableaux qu'elle a faits. Elle nous parle de certaines périodes de sa vie : « Pendant ma grossesse, j'avais souvent très faim ; je dépensais tout mon argent en courses dans Paris ; je mangeais d'une façon insuffisante ». Elle désire gagner de l'argent par son travail.

Il semble que l'érotisme soit un peu moins prononcé que les jours précédents. Elle nous dit avoir vu passer son mari derrière le pavillon ; elle entend dans la cave, la nuit, des hommes qui travaillent.

Dernièrement elle nous a invités à prendre le thé dans son pavillon, elle s'étonne que nous ne soyons pas venue. Possibilité de s'intéresser quelques minutes à un journal. Elle exprime le désir que nous la laissions tranquille, elle en a assez de cet interrogatoire, elle désire être seule.

Même état du pouls et de la tension artérielle.

Vendredi 24 octobre, 14 heures. — Cocaïne : 0 gr. 012.

De nouveau, la malade se présente avec une attitude hostile, mutisme presque complet, sauf quelques grossièretés. Menaces et réclamations au sujet de sa sortie.

Pouls : 80. Tension artérielle : 7-12,5.

Samedi 25 octobre, 14 heures. — Cocaïne : 0 gr. 015.

Même attitude hostile que la veille ; la malade est inabordable ; cet état persiste jusqu'au soir. Insomnie pendant la nuit qui suivit. *Excitation motrice assez vive* ; elle va et vient dans le bureau, frappe les carreaux, pousse des cris perçants lorsqu'elle aperçoit quelqu'un qui passe devant la fenêtre.

Légère dilatation pupillaire. La recherche des signes neurologiques est rendue impossible par l'état d'excitation motrice et d'hostilité de la malade.

La tension artérielle ne semble pas modifiée. Pouls : 80.

Dimanche 26 octobre, 10 heures. — Cocaïne : 0 gr. 018.

10 heures 15.

Loquacité incohérente, dont suivent quelques exemples :

« Le chat est étrange, il a une âme énorme pour son corps ».

« J'ai vu une malade du « Cinq » qui ressemble étrangement à une momie du Musée Guimet ; ça doit être la même. »

Elle se met à dessiner un chat vu de dos. Elle parle de ses études : « J'ai lu le bouquin de Maspero ; si l'Égypte n'est pas de l'époque de Champollion, c'est assez complexe ».

« J'ai vu sur le journal, par divination, que nous étions invitées sur le bateau « France ».

La malade déforme tout ce qu'elle voit, entend et lit. Puis, elle nous explique le sens que chaque voyelle a pour elle :

« A : la sculpture ou l'architecture ; E : Apollo ; I : intellectuel ; E : maman et aussi mon gosse, parfois Phœbus ; O : douleur ou joie ; ici, j'ai éprouvé les deux ensemble ; c'est épouvantable, c'est une horreur ; je regrette de n'avoir fait ni latin, ni grec ; U : aimant ; Y : je ne sais pas qui a créé cette voyelle. La Grèce était très symbolique, les Crétois ne l'étaient guère... A ce propos il y a une collection intéressante, « L'Évolution de l'Humanité », sans photos, avec cependant des gravures de Ribber ».

11 heures.

La malade réclame de nouveau sa sortie de l'Asile : « Si je n'ai pas d'argent, j'irai à pied de Maison-Blanche à La V... Ici, j'ai acquis la communion mentale grâce aux médicaments, jamais je n'avais eu cela avant. Je me sens très excitée ». Elle évoque le souvenir de pièces de théâtre qu'elle aurait vu jouer : « Bourdin, quel type, je l'ai vu jouer à l'Opéra-Comique ; Bangé a dégénéré, il a joué à Mari-gny ». Elle fait le récit d'une histoire de chanson enregistrée. Elle lit ce que nous écrivons, fait rectifier certains mots, nous reproche d'être trop hâtive : « N'oubliez pas de mettre la date ». Elle voit un livre ayant pour titre : « Philosophie affective » : « La philosophie affective n'existe pas chez l'être complet, elle n'existe que chez l'être frigide. Au bout de deux mois d'internement, je me suis sentie devenir folle, je disais le contraire de ce que je voulais dire. Vous me tuez moralement en supprimant l'amour maternel ».

11 heures 15.

La recherche d'une modification des symptômes neurologiques ne donne rien. Le pouls est à 84. — La tension artérielle est de 7/13.

Lundi 27 octobre, 9 heures. — Cocaïne : 0 gr. 021.

Q. — « Que vous rappelez-vous de votre enfance ? »

R. — « Je fus une enfant très craintive, très sauvage, qui fuyait des autres personnes : je me cachais derrière le rideau de la fenêtre comme celui qui se cachait pour chercher Fédora, dans la Peau de Chagrin, de Balzac ».

Q. — « Où alliez-vous en classe ? »

R. — « J'ai été à l'école communale près de St-M... ; j'ai eu des professeurs agressifs, j'ai dû quitter l'école ».

« Je suis dans une maison où je n'ai rien de ce que je désire ; je veux boire, manger, faire l'amour, avoir mon fils ; ici, je n'ai même pas un bain par semaine ».

Q. — « Comment êtes-vous entrée à Sainte-Anne ? »

R. — « Appelée au Commissariat de mon quartier pour me rendre huit cents francs, on m'a conduite de là à la Préfecture de Police et à Sainte-Anne ».

Nous lui disons les motifs de son internement.

R. — « Tout cela est faux ». — « On a le sentiment de l'art une fois que le tableau est fait ».

Q. — « Quels sont vos désirs ? »

R. — « Soigner mon gosse, faire mon travail, recevoir des petits copains... mais vous êtes d'une indiscrétion fantastique ».

9 heures 45. — Champagne : 50 cm³.

« Je n'ai jamais eu ce que je voulais, je n'avais que des déceptions de la part de ceux qui m'approchaient ».

La malade parlera alors très facilement de tout ; il suffira de la guider à certains moments par quelques questions.

« Etant enfant, j'apprenais à compter sur des tableaux de chêne

avec des boules rouges et bleues... J'avais une admiration sans bornes pour mon papa, j'aimais le regarder travailler ; j'avais huit ans quand il est mort ; je n'ai pas compris, il est monté, il m'a prise dans ses bras, m'a serrée très fort ; j'ai eu peur, j'ai appelé maman ; il est redescendu, j'entendais parler en bas, le médecin est peut-être venu. De huit à onze ans, j'ai été à l'Orphelinat des Arts : on m'avait mise là parce que je ne pouvais pas m'entendre avec ma grand'mère... C'est insupportable, ces institutions « de bonté », je ne supporte pas la vie en commun, j'étais faite pour l'amour... à cet âge, j'ai connu un petit garçon qui m'a vivement offensée en ne voulant pas m'embrasser... Tous mes tourments partent de cette époque ».

Elle évoque des souvenirs enfantins : une petite fille, Yvonne, lui chantait des chansons de music-hall.

10 heures.

« Un jour, ma mère est venue me chercher, elle m'apportait une petite robe à carreaux ; elle était avec mon beau-père, ils m'ont donné beaucoup de choses, je me suis sentie libre... »

« De onze à treize ans, j'ai été à l'école communale de La V... Madame D... manquait d'indulgence, je n'avais pas le vêtement voulu. Maman avait dit que le tablier noir suffisait ; cette dame m'a grondée : étais-je donc d'une nature supérieure pour refuser de m'habiller comme les autres ? J'ai quitté l'école ; j'y ai laissé une petite amie, une Polonaise ; je l'ai revue par la suite, elle n'était pas heureuse... Je n'ai jamais aimé les êtres qui m'ont dominée. L'école communale, c'est très mauvais, l'enfant doit plutôt apprendre chez lui ; ces heures de classe, de huit heures à midi et de une heure à quatre heures, c'était insupportable ».

« A l'école de St-M..., à partir de treize ans, je garde le souvenir de racines carrées que l'on m'avait données à extraire comme punition pour d'autres que j'avais ratées... Le professeur ne voulait pas m'expliquer... J'ai refusé de retourner à l'école ; on m'a laissé vivre en paix à la maison... je passais mon temps à fouiller dans la bibliothèque... Je vivais avec un garçon de mon âge, mon beau-frère, je l'aimais beaucoup, mais il ne cherchait pas assez à sortir avec moi. A quatorze ans, je suis entrée aux Arts Décoratifs ».

La malade nous avoue des habitudes d'onanisme contractées pendant son enfance ; étant jeune fille, elle a vainement essayé de s'en débarrasser.

« Un de mes grands chagrins fut la mort de mon père ; ce fut une blessure interne et très douloureuse, comme les ailes brisées d'une sauterelle, quelque chose s'est abîmé en moi ».

« J'ai souffert aussi de la méchanceté des professeurs, j'avais parfois des crises de larmes terribles ; je ne gagnais pas suffisamment. Je travaillais chez S... Je devais faire de la copie, j'en étais très froissée et cela ne m'intéressait pas du tout ; je n'ai rien voulu dire à ma famille, j'ai gardé toutes ces peines pour moi ».

10 heures 30.

« J'ai eu M... comme professeur, c'était un chef bienveillant, l'esprit vif, fuyant le petit personnel, c'était un homme rapide ».

« A vingt-quatre ans, j'ai fait un mariage d'inclination. Je pleurais, étant fiancée, lorsque mon fiancé n'était pas avec moi. Je lui donnais mon cœur, mes pensées, c'était une joie délicieuse. Une fois mariée, j'ai eu beaucoup de soucis, j'ai pleuré maintes et maintes fois. D'abord, après une diphtérie, on m'a séparée de mon mari pour m'envoyer en convalescence au bord de la mer. J'avais une tristesse interne constante... nos conversations, notre installation, notre travail en commun pendant les fiançailles, tout cela m'avait attaché à lui... Intellectuellement, j'ai partagé ses soucis... Il me confiait ses peines ; je le remontais moralement... J'aurais aimé avoir de lui un enfant : un fils, c'est quelque chose qui rattache tellement à la vie. Les derniers temps, il ne passait ni ses samedis, ni ses dimanches avec moi ; je souffrais beaucoup avec lui. Nous n'avions pas d'argent, pas de confort. Un jour, il m'a écrit : « Tu ne me reverras plus jamais à La V... c'est fini entre nous pour toujours ». J'ai répondu : « Je t'aime encore, reviens... ». Ce n'est pas parce qu'on se chamaille parfois qu'on ne s'aime plus... Ce chagrin a été énorme, j'ai souffert terriblement... Je me suis sauvée chez maman et je me suis assise dans la cuisine en pleurant... Cinq jours après, je l'attendais encore. Sa sœur avait écrit à maman une lettre d'eau bénite de consolations. Je faisais des petits diners fins, espérant le revoir, je l'attendais toujours... Il n'est pas revenu ; plusieurs fois je lui ai écrit de revenir. Il m'a quittée pour aller avec une maîtresse. Après mon divorce, quelqu'un m'a parlé de mon mari qu'on avait rencontré dans le métro avec une femme... Etant fiancée j'avais déjà vu sur son bureau le portrait d'une femme... ça doit être la même. Je ne crois pas qu'il ait rencontré de femmes qui l'aiment autant que moi ; celles qui aiment physiquement n'aiment peut-être pas autant que celles qui aiment intellectuellement ».

11 heures 10.

La malade pleure.

« Je me retrouve indifférente à tout, comme les derniers jours où je vivais avec mon mari... A ce moment, je n'étais pas bohème du tout ; il l'était plus que moi ; il m'apportait des fleurs à trois francs soixante-quinze, alors que nous étions dans la purée. Chaque fois que je veux évoluer, on me rabaisse ; quand j'ai le désir d'apprendre, de suivre de nouveaux cours, on m'en empêche, et toujours ainsi, c'est absurde. Les derniers jours, je n'avais plus la force pour supporter mon manque de liberté, je me suis contenue pour ne tuer personne ».

Crise de larmes.

11 heures 20.

Le pouls est à 104. Les mouvements respiratoires s'effectuent au nombre de 26 par minute. — Tension artérielle : 7-13,5. — Dilatation pupillaire assez prononcée avec légère saillie des globes oculaires ; éclat exagéré de la cornée. — Transpiration ; petit tremblement des extrémités. L'examen de la motilité ne montre aucune modification : Les réflexes de posture sont les mêmes qu'au début de l'expérience ; les réflexes tendineux sont normaux.

11 heures 30.

« J'ingurgite stomacalement de la pensée, ça m'est très désagréable de digérer tout cela. Je sens mon corps qui se modifie, tantôt j'ai des hanches grecques, tantôt égyptiennes ; l'ossature est plus ou moins apparente d'un moment à l'autre de la journée. Maintenant, j'ai souvent des cuisses d'hindou primitif, au lieu d'avoir la cuisse grecque comme autrefois. J'ai souvent l'impression d'un vide intérieur, tous mes organes remontent au cerveau. Quand je pleure, mon nez diminue énormément et mon visage s'allonge, je deviens laide. Je souffre d'une suggestion par la pensée, ou par les aliments. Les nouvelles du dehors m'arrivent par les vapeurs du radiateur. Par moments, mon cerveau n'est pas parfaitement soudé, mes pensées s'envolent, un avion, avec un grand cornet dirigé dans le sens de la marche qui absorbait cette matière subtile qu'est la pensée. Je suis exaspérée que ma pensée soit prise et souvent j'ai essayé de m'abstenir de penser pour qu'elle ne soit plus livrée à l'univers. Les piqures que l'on me fait me donnent des suggestions involontaires intellectuelles ; cet état est insupportable ; j'entends cette pensée intérieurement, je cherche à la faire passer par les organes digestifs ; si j'avais un amant, je pourrais me débarrasser de cette pensée en la faisant passer par les organes génitaux. Je me suis amusée à verbaliser d'après ce qui m'était suggéré par les aliments, mais ce n'est pas une solution de verbaliser constamment, verbaliser, c'est se servir d'un langage nègre, mélangé de mots non français. Je fais des *disgressions synthétiques*, c'est-à-dire que j'intercale des mots quelconques dans mes phrases, ceci pour m'empêcher de m'animaliser ; je double ma parole, je fais le verbe... J'ai eu l'impression de devenir chat, par exemple, j'ai résisté en laissant les pensées bomber sous mon front ».

12 heures.

Nous demandons, à la malade de nous donner des définitions pour un certain nombre de mots que nous lui proposons :

ORGUEIL : « Vient de orgies, c'est un mot religieux ; je ne sais pas ce que c'est... Joie orgueilleuse quand j'ai à mon bras quelqu'un que j'aime. Je n'ai pas d'orgueil vaniteux ».

ENFANT : « Quand j'ai vu le mien, il y a quelques jours, j'ai pleuré ».

INJURIER : « In veut dire dedans ».

INCONSCIENT : « In veut dire dedans, donc : dans le conscient ».

AMITIÉ : « Made my, made voulant dire : faire, je conclus : qui est fait mien — made my ».

AMOUR : « Ame sans accent, sans chapeau chinois, sans cruauté... où les amoureux sont obligés de se cacher. Je voudrais apprendre à me battre en duel avec les femmes, surtout avec celle qui m'a pris mon mari, celle que je voudrais tuer. Je lui avais demandé de m'aimer toujours, il m'avait juré un soutien, une affection éternelle... A chaque instant on nous a séparés, surtout il y a cinq ans... Je crois que c'était une dactylo... C'est elle qui me l'a pris... cet être pour qui seul je vivais, le seul à qui je me raccrochais ».

Nous mettons devant la malade des petits vêtements de bébé, elle n'exprime aucun souvenir émotionnel :

« Je me rappelle très bien le linge de mon petit garçon, ceci n'est pas à lui... Il serait mieux dans mes bras ».

12 heures 25.

« Mon mari passe souvent en avion au-dessus du pavillon, il m'envoie ses pensées par le moteur ; il me dit qu'il a fait beaucoup d'enfants à sa nouvelle femme et qu'il a d'autres femmes ailleurs. Je le trouve ridicule de m'annoncer cela, à moi ; il m'avait dit qu'il n'était pas assez courageux pour assurer la charge d'un enfant. Il faut croire qu'il a encore bien besoin de moi pour venir ainsi s'épancher. Le verbe qui m'a été imposé c'est odieux ; je recrée mon verbe à moi avec les bêtes, surtout par des mots synthétiques d'amitié. Dernièrement j'ai eu la sensation qu'une malade était mon fils transformé... C'est inouï, il m'a vaguement été parlé d'agrandissements d'enfants... J'étais dans un état épouvantable, j'étais heureuse d'avoir un fils, un petit homme, j'ai souffert qu'il soit devenu une femme, plus tard ce ne sera pas un homme pour me soutenir... autrefois, les Egyptiens avaient de ces pouvoirs ».

« J'entends des choses délicieuses, extraordinaires, elles viennent comme des vapeurs du radiateur ; elles me parlent de tous les êtres ; je réponds brièvement. Je suis ravie de tout ce qu'il me dit, il me met en garde contre les méchancetés humaines ; j'ai aussi des émissions mentales avec beaucoup d'artistes. Derrière mon pavillon, j'ai vu mon mari et son beau-frère dans une auto beige ; leur pensée m'arrivait par le moteur ; y aurait-il donc de l'huile vivante ? Les infirmières m'imposent leurs pensées, leurs gestes, par exemple s'essuyer la bouche avec la main, ce geste vulgaire ne m'était pas habituel ».

14 heures.

Le pouls est à 92. — La tension artérielle est redevenue normale.

Aucune modification au point de vue neurologique.

« On a essayé de me suggérer des visions ; lorsque je ferme les yeux j'ai vu il y a quelques jours un ancien professeur déguisé ; derrière lui se trouvait une croix de bois ; il tendait les bras à de petits enfants. Je pense qu'on devait essayer de me convertir, je suppose qu'on doit *gratter des plaques de photographies pour me mettre les particules dans mes aliments* ; je n'ai pas voulu subir cela, j'ai réagi en pensant à autre chose. J'arrive à communiquer avec les autres personnes uniquement par gestes. J'ai senti par divination qu'on me faisait la cour dans les journaux. J'ai trouvé que les mots n'avaient plus la même signification, par exemple : néfaste fait néfataud, c'est le nom d'une princesse égyptienne, ou bien cela veut dire né pour le faste, né voulant dire naissance où ne : négation... au fond, c'est peut-être la même chose ».

La malade continue à verbigérer, cherchant diverses significations à chaque mot.

Retour progressif à l'état antérieur.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE : Ne s'est manifesté que le dernier jour lorsque la ma-

lade a reçu 0 gr. 02 de cocaïne. A ce moment-là il y a eu, une demi-heure après la prise, un déblocage complet qui a duré trois heures 1/2.

RÉINTÉGRATION complète ; la malade sait où elle est, pourquoi elle y est, elle récupère la notion de la durée. Il y a un *changement très net de la formule affective* : toute hostilité a disparu, la malade devient confiante, elle retrouve le contact vital avec la réalité. Elle a conscience d'elle-même, dans le passé et dans le présent.

ÉNUCLÉATION : La malade énuclée des souvenirs émotionnels : ses chagrins d'enfant, d'adolescente, les difficultés de son métier. Enfin nous arrivons au complexe principal qui semble resté en partie inconscient ; il s'agit de son amour pour son mari, accompagné du désir de la maternité. Elle retrouve la possibilité de *s'intéresser activement et spontanément* à ses souvenirs affectifs émotionnels. Tout cela est exprimé normalement avec des réactions adéquates.

Le langage est à peu près normal. On y note, le sixième jour surtout, certaines interprétations philologiques (signalées par Pfersdorff), surtout des interprétations verbales du mot et même des lettres isolées. Les troubles de la syntaxe simple (mode de groupement des mots), observés habituellement chez la malade et consistant surtout en des excès de mots, nous sont expliqués logiquement et semblent voulus par elle ; elle nous dit même : « Je fais le verbe » et explique ceci comme une réaction de défense.

Les définitions des mots inducteurs données par la malade nous montrent qu'elle utilise surtout dans ce cas les associations verbales par contiguïté et assonances.

CAPITAL PSYCHIQUE complètement coordonné à la période optima d'investigation. Absence de troubles amnésiques, mémoire affective vive, activité intellectuelle assez importante, mais très momentanée. Absence d'autonomie psychique ; les phénomènes de dissociation mentale réapparaissent progressivement vers la fin de l'expérience. Les associations d'idées ne sont plus dispersées, mais dirigées dans un sens unique ; vers la fin, l'excitation cocaïnique produit une prédominance des associations automatiques par assonance.

Nous notons de plus un certain nombre de *désirs inconscients* que la malade réalise dans son délire. Elle a également une certaine *forme symbolique de pensée*, et une extériorisation de ses pensées, de ses organes : « Lorsque mon cerveau est mal soudé, ma pensée s'envole », et, au contraire, une intériorisation de l'extérieur, prenant alors un caractère personnel : « On lui fait ingérer des râclures de photographies qui se « transforment en pensée ». Il en résulte à la fin de l'expérience une certaine *dissociation de la personnalité* et des impressions de transformations corporelles : « Sa figure change, ses hanches sont tour à tour de caractère grec ou égyptien ».

Ces dissociations de la personnalité et ces désirs inconscients sont évidemment caractéristiques du rêve, mais il semble cependant difficile d'assimiler le mode de pensée de cette malade à un rêve, car il manque trop d'éléments communs de comparaison.

ÉTAT NEUROLOGIQUE ET PSYCHO-MOTEUR. Nous n'avons obtenu aucune modification.

La tension artérielle a augmenté ; nous avons retrouvé tous les signes physiques habituellement signalés dans l'intoxication cocaïnique.

*
**

Observation 3.

. Epreuve au Chanvre Indien (Hachichine 0 gr. 10).

CAROLINE B. : 33 ans, célibataire. Musicienne. Internée depuis février 1927.

COMPORTEMENT HABITUEL : La malade est toujours seule dans un coin de la salle de réunion ; elle ne parle jamais spontanément, répond d'une façon monosyllabique, à voix très basse à peine distincte, s'occupe d'une façon très irrégulière. Impulsions sous forme de cris aigus ou de crises de larmes. Attitudes maniérées. Mimique indifférente. Le mutisme habituel rend difficile l'analyse de l'affectivité. Gros troubles de l'attention. Barrage de la volonté. Bradypsychie.

Absence de catalepsie. Tonicité musculaire normale. Réflexes tendineux et cutanés normaux. Réflexes de posture élémentaires normaux. Absence de réflexes d'attitude. Réactions pupillaires normales. Absence de troubles de la sensibilité. Pouls : 92. — Tension : 8-12.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE :

Mercredi 31 décembre 1930, 8 heures 30. — Hachichine : 0 gr. 10.

9 heures 15.

Q. — « Que faites-vous ici toute la journée ? »

R. — « Je me laisse faire ; je ne sais rien ; je me suis laissée mettre au lit parce que j'ai ressenti une brûlure à la gorge ».

Q. — « Pourquoi êtes-vous toujours inactive ? »

R. — « On sait tout ce que je fais, même le moindre geste. Lorsque je suis seule, les infirmières observent et répètent tout, c'est cette observation constante qui me fatigue ».

La malade répond lentement ; plusieurs questions sur sa vie passée restent sans réponse.

Q. — « Que désirez-vous ? »

R. — « Retourner chez moi ; on ne saura pas que j'ai été internée ; en revenant je dirai que j'étais partie en voyage... Je recevrai plus souvent de visites à Paris... Je n'aurai plus l'air d'une parente pauvre ».

10 heures 30.

Le pouls commence à s'accélérer : il est à 100 par minute.

Q. — « Qu'aimez-vous comme musique ? »

R. — « Les classiques qui sont allemands ; les romantiques c'est plutôt le genre français... J'ai beaucoup appris autrefois avec les professeurs. J'aimais beaucoup Beethoven, les symphonies, les neuf muses ; j'aimais également les fugues de Bach et les romances de Chopin... La musique de Wagner, en particulier « Lohengrin », c'est beaucoup plus puissant ».

11 heures.

Pouls : 108. Tension artérielle de 8-12,5. Légère tendance à la persévération des attitudes. Stéréotypies akynétiques. Signe de la langue de Kraepelin.

11 heures 05.

Nous demandons à la malade de nous parler de ce qu'elle faisait autrefois :

R. — « Je veux bien, mais si vous ne me traitez plus en malade. J'allais dans un orchestre le soir pour faire de la musique symphonique, et le matin je donnais des leçons... Nous faisons souvent du Debussy, je n'aime pas cela, c'est une musique très superficielle : Monsieur Debussy a été en Angleterre où il a pris ce genre superficiel. La musique moderne est superficielle quoique un peu spirituelle ; la musique allemande étant créatrice, elle émanait de sentiments profonds. Dans les concerts on joue souvent des classiques, j'avais beaucoup de dossiers à déchiffrer dans une soirée... »

Q. — « Qui étaient vos professeurs ? »

R. — « Vincent D. dirige une classe au Conservatoire ; il a fait des œuvres mais on n'en parle pas (la malade sourit ironiquement), c'est beaucoup trop mathématique ».

« Le Directeur, M. R... a fait des pièces pour le théâtre ; on m'avait promis une place à l'Opéra-Comique, mais le chef d'orchestre est mort. Je pense moins qu'autrefois, mais, cependant, j'ai encore souvent des sensations musicales... cela n'est pas toujours agréable... la musique me donne le plus souvent des sentiments tristes ».

Tension artérielle de 8-13. Pouls : 120.

Absence complète de signes neurologiques pathologiques. Aucune persévération des attitudes. Signe de la langue de Kraepelin positif.

Comme nous recherchons les signes physiques présentés par cette malade, elle semble contrariée :

« Vous ne deviez pas plus me traiter comme une malade, mais comme une personne normale, que dois-je faire pour cela ? »

Nous incitons la malade à évoquer ses souvenirs d'enfance, à nous parler de sa famille :

R. — « Je ne peux pas parler de ma mère parce que je ne sais rien d'elle, elle est morte quand j'étais petite... ce sont les professeurs qui venaient à la maison pour m'instruire. Je n'allais pas à l'école ; j'avais un frère plus jeune que moi ; il était interne au lycée ; j'allais le voir le jeudi et le dimanche.

« Mon père s'est remarié ; ma belle-mère ne m'aimait pas ; elle ne

me nuisait pas vraiment, mais elle ne voulait pas que mon père s'occupât de moi : c'était pour la question argent. J'allais le voir sans qu'elle le sache... »

« Mon frère était journaliste ; il venait me voir souvent ; nous mangions ensemble le midi assez souvent. Il avait une garçonnière parce qu'il rentrait tard, il attendait la fin de son travail... J'ai travaillé aussi à un journal, à la rédaction, mais très peu de temps ; j'y allais le soir après quatre heures. Mon frère est mort au régiment en nettoyant son fusil : il a eu la gorge percée d'une balle. C'est ma belle-mère qui est venue me l'annoncer : j'étais dans mon lit, le matin, j'ai manqué m'évanouir... On avait proposé à mon frère de belles situations dans l'Armée, mais il n'avait pas accepté, car il voulait garder sa liberté... On voulait faire une enquête, mais cela n'a rien donné ; du reste mon frère n'avait pas d'ennemis... Mais je ne veux pas vous dire tant de choses, pourquoi m'interrogez-vous ? moi, je ne pose pas de questions. Je n'ai pas le droit de raconter tout cela, je peux dire ce qui me concerne, mais je ne dois pas parler des autres.

« J'ai beaucoup souffert ici, nous nous considérons plus ou moins toutes comme des emprisonnées et nous supportons cela assez mal physiquement. Cela me fait beaucoup de bien et de diversion cet entretien avec vous ; je suis beaucoup mieux que les autres jours ».

Q. — « Aviez-vous beaucoup de camarades autrefois ? »

R. — « J'ai eu beaucoup de camarades de classe, mais pas de flirts ; je n'aime pas cela, du reste. Ici, je suis isolée de tout le monde. J'avais un très jeune camarade qui mettait souvent sa musique chez moi... mais je ne l'aimais pas ; du reste, il avait des maîtresses... nous communiquions dans la musique, mais c'était tout ; seulement pour apprendre, mais pas pour penser ; nous avions chacun nos goûts ; ce camarade avait de la pratique dans la musique, moi, je n'avais que la théorie... c'est lui qui m'avait donné l'idée de faire de la musique le soir, et qui m'a procuré des adresses... Les professeurs aiment que nous soyons camarades, car ce sont des cours mixtes, mais nous ne pouvons pas avoir de flirts, nous serions renvoyés de l'école... J'avais trop de messieurs autour de moi pour en aimer un... Je plaisais beaucoup, pas pour une question de coquetterie, mais pour le travail : on me trouvait le genre garçon, et ça leur plaisait ».

12 heures.

Q. — « Vous sentez-vous malade ? »

R. — « Je sens qu'il y a quelque chose de compliqué que je ne peux pas comprendre... j'ai souvent l'impression que je ne peux plus communiquer avec l'extérieur... Je ne suis pas morbide, mais je ne suis pas une personne extérieure, je ne peux pas travailler comme les autres. Je me fais une résignation mentale... mais il y a des arrêts, je suis comme sans pensée, sans force ».

Q. — « Qu'aimiez-vous lire autrefois ? »

R. — « Je n'aimais pas les romans, j'acceptais ceux qu'on me prêtait mais je ne les lisais pas ; j'ai lu un seul roman d'après guerre, « La Garçonne », ça m'a fait de la peine, ça m'a choquée... je ne pensais qu'à la musique, c'était une véritable religion... Et puis, lire, ce

n'était pas communiquer, puisque je gardais cela pour moi autrefois ».

Q. — « Quel est le plus grand poète qui a fait du symbolisme ? »

R. — « Goethe qui était l'ami de Beethoven. Ils ont collaboré ensemble à certaines choses ; Goethe avait une amie qui connaissait Beethoven, il s'est fait présenter et il a ainsi connu le plus grand musicien ; lui était du reste un des plus grands littérateurs ».

« On dit que Beethoven est mort de faim dans la rue, les bras en croix comme un Christ. — Le piano ne doit pas être entendu dans un orchestre, il doit être faible. L'art ne doit pas être persécuté parce qu'alors il devient restreint. Je n'ai pas osé dire à mes professeurs les tourments que j'ai endurés, je ne voudrais pas qu'ils sachent que j'ai été internée ».

Q. — « Quelle différence y a-t-il entre le génie et la folie ? »

R. — « La folie n'est pas raisonnée, tandis que le génie est raisonné ; le génie est un grand ordre. Le génie se trouve souvent isolé du monde, il est obligé de créer, il aime tout en son cœur, il ne peut pas aimer une seule personne, les hommes de génie sont incompris par exemple Schumann a été très malheureux avec sa femme... La littérature ne peut pas être seule pour créer, la musique même seule peut produire une création sonore, on peut créer sans avoir besoin de communication avec les autres ».

Q. — « Comment gagniez-vous votre vie ? »

R. — « Je travaillais parfois le soir dans un orchestre ; les hommes ne me faisaient pas la cour, je leur disais : « Considérez-moi comme un garçon » car le chef d'orchestre aurait voulu un homme pour tenir le piano, mais il m'avait prise car tout le monde savait que j'étais sérieuse, du reste, j'avais une certaine autorité, le piano dirige dans un orchestre et j'aurais perdu cette autorité si on m'avait fait la cour ».

13 heures 10.

Pouls : 104. — Tension artérielle 8-12. — Absence complète de signes neurologiques pathologiques.

Elle reconnaît toutes les malades, les appelle par leur nom — opinion juste sur leurs maladies — gestes de reconnaissance vis-à-vis du médecin, lui demande de rester.

« Cela me fait du bien de parler enfin, *cela active ma pensée qui se ralentit terriblement dans ce milieu...* je suis malheureuse, je ne fais pas ce que je veux, c'est ma qualité de malade de Maison-Blanche... en ce moment, j'ai l'oreille tout-à-fait au repos, car je n'aime pas entendre parler de ma maladie... je me rends compte que je ne suis pas comme avant ».

Q. — « Quels ennuis avez-vous eus avant d'être internée ? »

R. — « C'est un monsieur qui était employé à l' « Intransigeant » ; il me cherchait, il est venu sous ma fenêtre, il regardait pour que je le fasse entrer, je ne voulais pas... On me faisait la chasse pour me faire entrer dans une maison de santé... Je ne pouvais pas devenir la maîtresse de ce journaliste ; ayant une situation, je n'avais pas besoin de ce monsieur, je ne le connaissais pas... c'est peut-être un de vos collègues, car lui aussi me questionnait. Je le rencontrais dans la rue,

il se mettait devant moi, il ne disait rien, j'étais forcée de lui parler, je lui dis : « Enchantée de vous rencontrer » et il s'est cru persécuté par moi. Je l'ai su parce qu'il m'a fait des ennuis... Si je veux ma liberté, je ne dois plus parler de lui... c'est pour lui qu'on me questionne... Je le soupçonne d'être le fils d'un médecin aliéniste ».

« Quand je suis arrivée à la Maison-Blanche, vous m'avez dit : « Coiffez-vous et sortez ». Le journaliste m'avait dit la même chose ; j'ai cru que vous étiez pour sa cause, que vous aviez la même méthode... D'autres malades s'entendent bien avec vous dès qu'elles arrivent ; il est vrai qu'avant on ne pouvait pas me questionner ; j'étais très silencieuse. Certains prêtres m'avaient conseillée pour mes études, sans m'avoir jamais demandé la confession ».

14 heures 30.

Q. — « Et maintenant, comment êtes-vous ? »

R. — « Ici, il y a encore continuation de cette chose mentale ; j'ai cru qu'on voulait me forcer de me marier avec lui ».

Q. — « Que désirez-vous ? »

R. — « Je voudrais pouvoir me sauver sans donner mon signalement ; puis, je ferai de la musique ».

Q. — « Pourquoi ne faites-vous jamais rien ? »

R. — « Parce que je ne sais pas à qui demander du travail ; je manque de force ».

15 heures.

Le pouls est toujours légèrement accéléré : 100 par minute. — Aucun symptôme neurologique pathologique.

Les jours suivants, la malade nous reçoit aimablement : elle répond à ce que nous lui demandons, mais on constate une absence marquée de spontanéité. Elle cherche à s'occuper à quelques lectures. Peu à peu, en l'espace de quelques jours, retour à l'état antérieur (inertie, apparence indifférente, demi-mutisme).

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE complet deux heures après l'ingestion du hachich, la malade perd son attitude négativiste, disparition du mutisme, il devient possible de communiquer avec elle.

RÉINTÉGRATION. — La malade est bien inscrite dans la vie réelle ; elle a conscience de sa personnalité dans le passé et dans le présent. On constate également un changement notable dans la formule affective, l'attitude méfiante a disparu, *elle récupère le contact vital.*

ÉNUCLÉATION qui dure quatre heures, avec des réactions émotionnelles adéquates ; la malade nous raconte ses chagrins. (Possibilité d'intellectualiser ses états affectifs). Elle retrouve l'élan vital qui lui est nécessaire pour s'intéresser à son passé et pouvoir l'évoquer devant nous. Le lendemain, la malade est retombée dans son état habituel, aucune amélioration durable ; s'il s'agissait vraiment d'un « refuge »

en quelque sorte volontaire, le fait d'avoir extériorisé les complexes (médication cathartique) aurait amélioré la malade.

CAPITAL PSYCHIQUE : Absence d'ambivalence ; les lois d'association et de coordination qui régissent l'ensemble de l'activité psychique sont normales. Elle a retrouvé sa *spontanéité*, qui, au dire de la malade, est habituellement entravée. La mémoire est absolument normale ; ses souvenirs sont coordonnés et exacts. L'expression, le langage sont tout à fait corrects ; il y a cependant persistance de la « stéréotypie de laryngite », elle parle constamment à voix très basse, se disant incapable de faire autrement. Elle a récupéré la conscience du morbide.

ETAT NEUROLOGIQUE ET PSYCHO-MOTEUR. — L'expérience du hachich nous a permis d'obtenir une ébauche de catalepsie, avec apparition du signe de la langue de Kraepelin, coïncidant avec le déblocage psychique maximum. Aucune modification des signes neurologiques. La tension artérielle est augmentée.

* *

Observation 4.

Épreuve par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 04), Caféine (0 gr. 20).

ANTOINETTE T. : 40 ans; internée en septembre 1920.

Avant l'internement : Toxicomanie (opium, morphine), vie déréglée. Nombreux conflits sexuels.

COMPORTEMENT ACTUEL : Mutisme. Aucun rapport social avec le milieu. Absence complète d'activité. Symbolisme mystique. Stéréotypies.

Absence de catalepsie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE :

10 heures : Ether.

Période d'excitation normale, — pas de signe de Babinski.
Période de sommeil.

10 heures 10.

Période de sommeil. Mutisme persistant.

10 heures 15. — Cocaïne : 0 gr. 04.

10 heures 30. — *Caféine* : 0 gr 20.

Q. — « Etes-vous heureuse ? »

R. — « Heureuse et je ne vois personne ; autrefois j'avais bien une vie mondaine ».

« Elle donnait l'heure qu'on devait savoir. — Faire endormir la plus grande heure qu'on a, la lumière du monde ».

Q. — « Qui est cette heure ? »

R. — « C'est moi, l'heure fixe, la faire endormir par des infirmières... »

Etat de cénesthésie agréable : « Je me sens beaucoup mieux ».

Q. — « Que faites-vous ? »

R. — « Jamais personne ne me demande ce que je fais depuis que je suis dans cette administration ».

Q. — « Voulez-vous revoir votre ami ? »

R. — « La dernière liberté pour les gens qui pouvaient attendre c'est F... (son amant) c'est d'être seule ».

Q. — « Pourquoi êtes-vous internée ? »

R. — « On ne sait pourquoi je suis là... Rien ne marche plus ; je ne sais qui avait signalé l'heure ».

Q. — « Pourquoi autrefois n'étiez-vous pas l'heure ? »

R. — « Autrefois, j'étais T... ».

Interrogatoire sur sa vie passée : réponses exactes, coordonnées, émotivité adéquate. — Suivent quelques exemples de cet interrogatoire : -

10 heures 50.

« Ça fait quatorze ans que j'étais avec F... Non, je n'aurais pas aimé faire de spiritisme. — F... a eu le temps de se marier depuis dix ans ».

Q. — « Que faisiez-vous autrefois ? »

R. — « J'étais à T... j'avais des rentes... j'étais modiste... pâtissière, chez moi, j'étais Antoinette... j'ai fait des études laïques ».

Q. — « Pourquoi ne demandez-vous pas votre sortie ? »

R. — « On devrait me faire venir mes amis ; vous ne voyez donc pas comme je suis ? Je suis Antoinette T... Si on venait me voir, je sortirais... Si vous m'avez enfermée, gardez-moi. On m'a mis un masque, on a mis les genoux sur moi ».

« Cette heure qui est sur moi, ces fluides, ces rayons, étaient ma personne même... Ça ne regarde que moi... Ne croyez pas cependant que je fasse de la persécution ».

Conservation du jugement critique.

11 heures 10.

« Voir ces filles d'une saleté répugnante, ce n'était pas ma vie. On me fatigue... Je ne vous déteste pas ».

Elle désire voir son amant, mais ne bouge pas si on lui dit qu'il est là. Anxiété physique. Le mutisme réapparaît peu à peu ; les réponses deviennent monosyllabiques.

Le lendemain : Sociabilité persistante. Elle est plus communicative. Elle se sent toujours mieux. Réapparition progressive du mutisme antérieur.

CONCLUSIONS.

DÉBLOCAGE assez complet. Les premières phrases ont une légère tendance symbolique, qui persiste pendant le premier quart d'heure (elle parlait d'elle à la troisième personne et s'appelait « L'Heure »). Etat de cénesthésie agréable au début, ce qui contraste avec l'état habituel.

RÉINTÉGRATION assez complète. Insertion normale dans la *vie réelle*, présente et passée ; elle sait où elle est et même pourquoi. Elle est redevenue elle-même, A. T., après toutes les excitations. C'est à partir de ce moment qu'elle s'est exprimée d'une façon normale. Conscience des modifications de la cénesthésie. Au début, euphorie ; vers la fin, anxiété, grosse fatigue. Retour progressif au mutisme. Réactions d'émotivité adéquates.

ÉNUCLÉATION partielle. Récupération momentanée de l'élan vital. Récit correct de sa vie passée. Elle exprime le désir de s'en aller, le regret de ne pas voir son « ami » F. qui est peut-être marié, le regret que personne ne s'intéresse à elle.

L'exploration pharmacodynamique a révélé chez cette malade, internée depuis dix ans une certaine affectivité, des désirs, des craintes, des peines, une mémoire intacte et des possibilités d'adaptation inattendues.

Aucune modification neurologique ou neuro-psychique.

*
**

Observation 5.

Epreuve par Excitation combinée : Ether, Cocaïne (0 gr.04), Caféine (0 gr. 20).

LOUISE C. : 26 ans. Bonne à tout faire. — Internée depuis mars 1929.

Mutisme complet. Négativisme. Crises de sitiophobie, impulsions, absence de gâtisme. Tentative de suicide avant l'internement.

COMPORTEMENT ACTUEL : La malade, nourrie à la sonde, reste continuellement alitée. Inactivité absolue. Mutisme complet.

Absence de catalepsie.

EXPLORATIONS PHARMACODYNAMIQUES

9 heures 55. — Ether.

Période d'excitation : pas de signes neurologiques. A la première bouffée d'éther : rires.

Période de sommeil qui dure cinq minutes.

10 heures.

Période de réveil. — Rires.

10 heures 10.

Pleurs, larmes : « Ah ! mon Dieu... ». Gémissements, larmes : « Mourir... ». Crise de désespoir ; elle répète, en sanglotant : « Je veux mourir ».

10 heures 20. — *Cocaïne* : 0 gr. 04. — *Caféine* : 0 gr. 20.

10 heures 25.

Elle pleure à chaudes larmes, plaintes et sanglots : « Mourir... moi ».

Q. — « Pourquoi pleurez-vous ? »

R. — « Tout le monde se moque de moi ; je veux aller en Amérique, voir du pays... ».

Q. — « Etes-vous fiancée ? »

R. — « Je n'ai pas de fiancé... Ah ! Monsieur ».

10 heures 41.

Insertion dans le réel ; elle est présente à ce qui se passe. Elle pleure de nouveau : « Je veux travailler, coudre et puis mourir... J'en ai assez... Je ne fais rien... ».

Elle élève la voix : « Oh !... oh !... oh !... tout le monde est heureux, sauf moi ».

Q. — « Que faisiez-vous autrefois ? »

R. — « Je savais travailler, labourer la terre, oui... oui... tout le monde, mais moi, je ne compte pas... moi, mourir jeune ».

Q. — « Quel âge avez-vous ? »

R. — « Vingt-sept ans ». (Exact).

Excitation dans les exclamations, qui s'épuise vite : « Je ne sais pas la justice ».

Q. — « Etes-vous fiancée ? »

R. — « Je l'aime... il s'appelle René, il est mort... (Elle pleure, elle pousse des cris).

Q. — « Que faisait votre fiancé ? »

R. — « Il était dans la douane, René ; je n'étais bonne à rien... ».

Q. — « Où êtes-vous ? »

R. — « Je suis dans une Maison de Santé ».

« Ah ! René, je l'aime !... Ah !... Mademoiselle P. (nom du Médecin). Je travaillais la terre... Je l'ai connu à Paris... Personne ne veut de moi. Laissez-moi mourir. C'est bien, tout ce monde qui travaille, et moi mourir ; je ne suis pas utile ».

Q. — « Qu'est-ce que René est devenu ? »

R. — « René est mort... On me dit que je fais mourir tout le monde, mais qu'on me tue, alors ! »

Sanglots, larmes.

Q. — « Quel métier avez-vous ? »

R. — « J'étais à Asnières, comme femme de chambre... Toutes les religions sont bonnes, on ne doit pas faire la guerre ».

Q. — « Avez-vous été en classe ? »

R. — « Je voulais aller à l'Ecole, mais il faut de l'argent ».

Q. — « De quoi est mort René ? »

R. — « René... si vous voulez le soigner : il avait une pleurésie, j'avais pris un livre pour pouvoir le soigner... Maman est malheureuse, je n'y peux rien, moi... On disait : Il ne faut plus de guerre ; il ne faut plus jouer au soldat. Ne pas faire de mal à personne. On disait de Guillaume qu'il était méchant ».

Q. — « Voulez-vous vous marier ? »

R. — « Je voulais me marier à quinze ans, mais j'en voulais un gentil. Andréa doit être heureuse, elle doit être mariée. Elle voulait me tuer ; Andréa était peut-être une Allemande. Non, pas de mal, pas de guerre, il faut chercher la science, mais il faut être riche étant jeune ».

Q. — « Où étiez-vous pendant la guerre ? »

R. — « A Charleville ; c'était très triste, je m'en suis toujours rappelé, il ne faut pas de guerre, qu'on fasse du bien à tout le monde ».

« René, je ne m'étais décidée qu'avec lui, je ne voulais me marier qu'à lui. — Laissez-moi... je ne vois plus rien, que je sois morte... laissez-moi mourir ».

Q. — « Que faisait René ? »

R. — « Il était seul et malheureux parce qu'il avait perdu ses parents ; il était de la Savoie... Les docteurs travaillent à guérir tout le monde ».

La mimique est adéquate à ce qu'elle dit.

« J'ai l'espoir de guérir, la beauté n'est rien à côté de la santé ».

Q. — « Quel métier aviez-vous ? »

R. — « Je travaillais à la terre dans une ferme. Mais mon idée sur les médecins est toujours la même ».

Cette dernière phrase devient stéréotypée et précède l'apparition du mutisme qui s'installe progressivement.

16 heures.

Mutisme.

On l'interroge en la stimulant un peu, elle dit, spontanément, mais sans rapport avec la question posée : « Il est mort, René ». Sa mimique n'est plus triste.

Quelques jours après, sourires au passage de la visite, mutisme persistant. 10 jours après, indifférence apparente ; mutisme, sitio-phobie.

Un mois après, érysipèle, avec température élevée. Le choc pyretothérapique a produit une rémission qui a duré quinze jours. — Rechute ; reprise du négativisme. Actuellement : hébéphrénie avec fixités démentielles.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE complet. Suppression du mutisme dès le réveil de

l'éthérisation. Le déblocage persiste grâce à l'action de la cocaïne et de la caféine ; les réactions de la malade apparaissent normales : elle veut mourir et ne s'alimente pas ; dès le début, elle a dit : « Je veux mourir ».

RÉINTÉGRATION complète : la malade est bien insérée dans la vie réelle, le *contact affectif* est normal. Elle récupère ses possibilités d'intérêt et d'activité spontanée.

ÉNUCLÉATION. Le mutisme supprimé, les complexes sont extériorisés presque spontanément peu de temps après l'action de la cocaïne. Son récit est normal : mimique, gestes, attitude sont adéquats à ses paroles. Au bout de cinq heures l'extériorisation a cessé complètement, la malade retombe progressivement dans le mutisme.

CAPITAL PSYCHIQUE entièrement conservé ; aucun trouble de la mémoire. Activité intellectuelle déviée par le complexe, mais normale ; aucun trouble de la coordination. Absence d'ambivalence ; les associations des idées, des souvenirs, sont normaux. Sentiments de famille conservés.

Aucune modification neurologique ou neuro psychique.

*
**

DEUXIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Observation 6.

Première épreuve au Chanvre indien (Hachichine : 0 gr. 10), et Caféine (0 gr. 20).

Deuxième épreuve au Peyotl (solution alcoolique au dixième d'extrait mou hydro alcoolique : 17 cm³).

IDA B. : 33 ans, célibataire. Officière de l'Armée du Salut. Interne depuis décembre 1930.

COMPORTEMENT ACTUEL : Inertie habituelle. Négativisme. Stéréotypies. Maniérisme. Indifférence. Réactions ambivalentes. Mutisme habituel.

Absence de catalepsie. Aucune signe de lésion pyramidale. Aucun signe de lésion extrapyramidale. Les réflexes pupillaires sont normaux. *Pouls* : 68. *Tension artérielle* : 9-12,5.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE

Mercredi 28 janvier 1931. 8 heures. — *Hachichine* : 0 gr. 15.

10 heures 15. — *Caféine* : 0 gr. 20.

8 heures 15.

Q. — « Quelle est la date ? »

R. — « Le 28 janvier 1931 ».

Q. — « Quelle est cette maison ? »

R. — « Maison Blanche ; j'ai été malade, très fatiguée ».

Q. — « Que faites-vous toute la journée ? »

R. — « Je m'ennuie, je suis seule., vous êtes le médecin pour me guérir ».

La malade a un sourire puéril et béat, puis, presque en même temps, quelques larmes.

Q. — « Avez-vous du chagrin ? »

R. — « Je suis folle par amour ».

Q. — « Qui aimez-vous ? »

R. — « Une jeune fille, une Russe... Leila... elle était contrôleuse, elle avait 23 ans... je l'ai connue au mois de décembre, il y a 2 ans ».

Pouls : 80.

Q. — « Où alliez-vous vous promener ? »

R. — « Nous allions au club des X regarder jouer au foot-ball ; j'y jouais moi-même quelquefois ; elle jouait mieux que moi ».

« J'allais parfois aussi dans une piscine, celle de la Gare, j'allais seule, je nageais la brasse, je ne connais pas d'autre nage, j'aimais bien cela ».

9 heures 15.

Q. — « Que lisiez-vous ? »

R. — « Je ne lisais pas souvent, je me rappelle la vie de Bramwell Booth. Enseignement du papillon, ça parlait de la chrysalide qui devient papillon ; « La vie de Marie Booth » : c'est la fille d'un général ; elle est morte d'un cancer au sein à trente-deux ans... C'était triste, ce livre, j'ai pleuré en le lisant ».

9 heures 35.

Pouls à 100. *Palpitations* assez vives. *Impression pénible de constriction thoracique*. *Diminution des réflexes rotuliens*. *Hypotonicité musculaire des membres inférieurs*. *Tension artérielle* : 8-13.

9 heures 40.

La malade se plaint de vertiges et de palpitations. *Docilité aux piqûres*.

10 heures.

Q. — « Où sont vos parents ? »

R. — « Ma mère habite seule à V... ; elle a divorcé ; j'étais toute petite.. Je n'aime guère mon père, je me souviens très peu de lui ».

Mouvements de mastication, tremblements fibrillaires. Soubresauts tendineux. Réflexes de posture persistants à type cataleptique. Diminution de la sensibilité à la piqure ; signe de la langue de Kraepelin. Absence de catalepsie. Absence du phénomène de la roue dentée.

II heures.

Q. — « Quels camarades, aviez-vous étant petite ? »

R. — « Un gamin, Géolier, et une petite fille, Marcelle ; nous allions faire de la gymnastique ensemble, du trapèze, et se suspendre à une poutre ».

Q. — « Pourquoi êtes-vous ici ? »

R. — « Pour que vous me fassiez mon bon de sortie ».

Q. — « Que ferez-vous au dehors ? »

R. — « Je serai vendeuse, de quoi, je ne sais pas... Je ne veux plus retourner à l'Armée du Salut, je ne veux plus être officière. Je suis devenue malade parce que j'aimais trop Leila ; elle m'aimait seulement un peu, elle en aimait sûrement une autre, B... qui était professeur de chant dans une ville du Nord. Elle venait parfois voir Leila ; je les voyais ensemble ; je restais seule ».

« Je ne retournerai pas à l'Armée du Salut ; je veux connaître un peu le monde ; je ne connais pas la vie, au dehors ; j'irai dans les cinémas, les théâtres et les music-halls ».

II heures 30.

Changement affectif total : la malade est confiante, disparition de l'hostilité.

Immobilité absolue, pôleur, léger nystagmus, léger ptosis des paupières aux deux yeux. Absence de négativisme. Pouls : 100. Persistance du maniérisme.

Q. — « Que faisiez-vous au Sixième Pavillon ? »

R. — « J'écoute ce que disent les femmes autour de moi, elles disent des blagues et ça me fait rire ».

Q. — « Pourquoi ne parlez-vous pas habituellement ? »

R. — « Je ne sais pas raconter des blagues ; je suis plutôt triste, surtout depuis un an. Ici, je ne peux penser à rien, je m'ennuie. Je n'ai plus aucune envie de faire quelque chose ; rien ne peut plus m'intéresser ; je suis toujours lasse, je suis complètement brisée ».

Q. — « Où étiez-vous l'année dernière ? »

R. — « J'habitais une grande maison à S. où il faisait très froid ; nous étions trois, la lieutenant, moi, et Jean notre fils ; c'était mon petit-neveu qui avait quatre ans et demi. Il fallait que j'aile tous les soirs aux réunions, c'était mon travail à ce moment-là, et ce pauvre gosse, je le laissais ; je parlais bien doucement. Un jour, il a eu peur ; il est parti dans l'escalier se réfugier au premier. Nous habitions un mauvais quartier ; mon gosse parlait chez les voisines ; je devais le rechercher en revenant le soir des réunions ».

Q. — « Comment êtes-vous entrée à l'Armée du Salut ? »

R. — « Il y avait des réunions où j'allais dans mon pays ; j'avais posé ma candidature et à dix-neuf ans je n'avais plus envie d'y entrer ; puis une officière m'en a parlé et je me suis décidée. J'aimais Dieu, je ne l'aime plus de la même façon ; je croyais à la Bible, je

n'y crois plus, je ne sais pas encore. Je voudrais être un peu en civile; ce costume me fatigue depuis dix ans que je le porte. Un jour, j'ai perdu mon chapeau ; je le tenais à mon bras sous la cape, je ne sais pas comment il a glissé je ne m'en suis pas aperçue ; il y avait un attroupement, pour aller le rechercher j'ai eu très honte ».

« Pourvu qu'on ne me mette rien dans les oreilles, je suis si bien ainsi. Il ne faut pas me faire souffrir ; si je croyais ne pas souffrir aujourd'hui, je serais heureuse ».

15 heures.

Q. — « Comment êtes-vous tombée malade ? ».

R. — « Par l'amour du Créateur éternel... Je voudrais la revoir, parce que je l'aime ; j'ai eu du chagrin parce qu'on me séparait d'elle en me disant que j'étais malade... J'ai volé de l'argent pour aller à la Vallée de Chevreuse avec Leila et ses deux sœurs... Je n'osais pas lui demander si elle m'aimait, parce que la Bible dit que c'est mal ; j'ai essayé de m'en détourner ».

Q. — « N'aviez-vous pas envie de vous marier ? »

R. — « Je ne connaissais pas d'homme... Je suis malade de la tête, *ma tête est endormie* ».

Tension artérielle : 9-13.

Absence de catalepsie. — Disparition du signe de la langue de Kraepelin.

Q. — « Pourquoi êtes-vous souvent méchante ? »

R. — « Je me suis fâchée lorsque je suis arrivée ici parce que vous m'avez fait mettre à genoux et embrasser la terre ; j'ai fait cela mécaniquement, comme une imbécile, j'en suis maintenant très fâchée ; sur le moment, tout m'était égal ».

La malade est bien orientée. Fatigabilité.

16 heures.

Elle regarde une malade qui est couchée près d'elle et dit : « Ai-je donc été comme cela ? Peut-être il y a trois mois ».

Q. — « Qu'avez-vous fait hier ? »

R. — « J'ai regardé les murs sans penser ; j'ai mangé un peu ; j'ai vu la lumière de votre bureau, j'ai cru que vous étiez là ; on a éclairé ma chambre, je n'ai plus vu la lumière ; les femmes sont passées devant ma porte avec des pots de lait ».

La malade semble fatiguée ; elle nous exprime son besoin de sommeil, de repos. La nuit est normale. Le lendemain matin, la malade est toujours très sociable, mais elle retombe progressivement dans son attitude autiste habituelle.

*
**

Même malade. 20 février 1931. Deuxième épreuve au Peyotl.

8 heures : 17 cm³ de solution au 1/10 d'extrait mou hydroalcoolique.

8 heures 30.

Légère anxiété ; la malade craint de rester seule et en même temps, elle a peur que nous lui fassions du mal.

9 heures.

Tension artérielle : 9-12. — Pouls : 84.

Facies légèrement plus coloré que d'habitude.

Excitation motrice assez vive, la malade se retourne d'un bond dans son lit et frappe avec son poing sur sa couverture : « J'ai un poids sur la poitrine ».

9 heure 30.

Impossibilité d'inhiber son excitation motrice qui semble la dominer. Elle éprouve une grande difficulté pour rester immobile 60 secondes.

Pouls : 76. Mydriase.

Nous mettons un bandeau noir sur les yeux de la malade ; légère euphorie, plaisanterie.

Nous lui demandons de nous expliquer ce qu'elle verra :

« Le singe qui montrait la lanterne magique aux autres animaux ; moi, disait un dindon, je vois bien quelque chose, mais je ne sais pour quelle cause je ne distingue pas très bien ; personne n'y voyait rien ; le singe avait oublié d'allumer sa lanterne. »

9 heures 45.

« Ne me donnez plus cette terre délayée dans de l'eau, j'en sens le goût encore ».

10 heures.

La malade est bien orientée ; elle fait des réflexions exactes sur les personnes qui l'entourent.

« Je cherche à chasser ce qui est lourd sur ma poitrine... J'ai envie de remuer... Je vois une boule rouge qui disparaît vite dans le noir ».

Geste de la main droite, comme pour repousser quelque chose.

« J'ai cru sentir quelqu'un là-bas ; qu'est-ce que ça veut dire, sentir ? Je croyais voir quelque chose de jaune, de très brillant, mais je ne le vois plus ».

10 heures 25.

Hyperexcitabilité sensorielle : les bruits lui semblent trop forts et désagréables.

10 heures 30.

« Les dames de l'Armée du Salut sont venues me voir dimanche ; elles m'ont demandé ce que je ferai en sortant d'ici ; je leur ai dit que vous me trouveriez une place et je leur ai menti, car je ne veux surtout pas retourner près d'elles plus tard ».

L'attention spontanée et volontaire est excellente.

10 heures 45.

« Je crois que vous faites une expérience ; que faut-il pour qu'elle réussisse ? »

11 heures.

Tension artérielle : 7,5-10.

« Leila, je ne la connaissais pas assez, elle vivait dans un autre monde que moi ». — La malade pleure.

11 heures 30.

Les premières impressions sensorielles dirigent le cours des associations d'idées. Elle fait des remarques sur tout ce qu'elle entend, sur les mille bruits du service, la voix des infirmières, leurs réflexions. Les odeurs de cuisine lui font parler de ce qu'elle a mangé hier : « Ils m'ont endormie, je ne sais plus ce que je fais ».

Eclats de rire continuels et incoercibles. Elle trouve que tout est drôle ; il est impossible de la suggestionner en sens contraire, alors qu'habituellement cela est assez facile.

Il devient difficile de communiquer avec la malade qui au début était très confiante.

Négativisme. Jeux de mots : « Mon rire est bête, les bêtes ne rient pas ».

12 heures.

Flexibilité cirreuse. Signe de la langue de Kraepelin. Réflexes rotuliens très diminués. Réflexes de posture persistants à type cataleptique. Légère dilatation pupillaire. Sueurs abondantes. R.O.C. : 80-96.

Maniérisme. Stéréotypies.

« La libération des mondes... je pense la différence des contacts ; je suis stupide, c'est regrettable pour vous et pour moi. La carte du monde, il faut que tout le monde y passe. Qu'est-ce que c'est que l'unité des mondes ? la libération des mondes ? »

13 heures 30.

Nystagmus. Pouls : 72.

14 heures.

Phénomènes d'interférence (rires et pleurs simultanés).

16 heures.

Absence d'hallucinations visuelles. Impulsions motrices : elle lance une assiette par terre.

Pouls : 68. Tension : 7-11.

Réflexes rotuliens normaux.

17 heures.

Mutisme complet.

19 heures.

Pouls : 72.

La malade est retombée dans son négativisme habituel.

CONCLUSIONS.

DÉBLOCAGE assez complet et progressif avec l'épreuve du hachich; au contraire, le peyotl nous a donné une exagération du syndrome hébéphrénique.

- **RÉINTÉGRATION** parfaite avec le hachich : la malade a pris conscience de sa personnalité passée et actuelle. On note une inversion de la formule affective sociale habituelle ; l'hostilité a disparu. Avec le peyotl la malade est restée désintégrée et dissociée.

ÉNUCLÉATION complète grâce à l'action du hachich. La malade nous fait part de l'horreur qu'elle garde pour son ancienne vie, la honte qu'elle a de son uniforme d'autrefois. Le peu d'entrain qu'elle avait au moment de son engagement à l'Armée du Salut a complètement disparu : « Je ne crois plus à la Bible ». Elle exprime un désir de changement, d'autre chose : « Je veux connaître la vie ». Cette crainte de reprendre le même genre de vie forme un état affectif qui se répète et qui fait un centre d'associations. Elle évoque de nombreux souvenirs, des épisodes de sa vie sont racontés d'une façon vivante et précise, avec *réapparition complète de l'élan vital* ; elle retrouve la *possibilité de s'intéresser à son passé et à son avenir*, et nous fait part de la *déficience, en temps ordinaire, de cette activité spontanée*. Elle donne des explications correctes des réactions de suggestibilité, de passivité, qu'elle a présentées à l'examen médical le jour de son entrée à l'Asile. *Sa cénesthésie est plutôt pénible* : « Je suis lasse »... « J'ai la tête endormie ».

Avec le peyotl, deux heures après l'ingestion, la malade semble moins ambivalente, mais cet état extrêmement momentané est remplacé par une *exagération notable du syndrome hébéphrénique* : ambivalences, stéréotypies (éclats de rire prolongés non motivés), négativisme, verbigération, où le mot « monde » revient avec une extrême fréquence. On note même des impulsions qui n'existent pas habituellement.

CAPITAL PSYCHIQUE : semble intact. La spontanéité est redevenue normale, les associations d'idées sont bien coordonnées, l'évocation des souvenirs suit un enchaînement remarquablement logique. Avec le hachich, nous n'avons obtenu aucun phénomène de dissociation mentale. Un résultat exactement contraire a été obtenu avec le peyotl où les phénomènes d'ambivalence et d'incoordination occupent le premier plan ; les associations d'idées n'obéissent à aucune loi logique, elles sont uniquement superficielles, dirigées parfois par les impressions sensorielles.

SYNDROME NEUROLOGIQUE ET PSYCHO-MOTEUR.

Avec le hachich : Absence de catalepsie, mais apparition du signe de la langue de Kraepelin.

Les réflexes élémentaires de posture prennent l'aspect cataleptique. La tension artérielle est augmentée.

Avec le *peyott* : Flexibilité cirreuse. Signe de la langue de Kraepelin. Les réflexes élémentaires de posture prennent l'aspect cataleptique. La tension artérielle est diminuée.

■
* *

Observation 7.

Epreuve à l'Ether et à la Cocaïne (0 gr. 03).

LOUISE H. : 30 ans. Sténo-dactylo. Internée en 1926.
Nombreux conflits sociaux et familiaux précoces.

COMPORTEMENT ACTUEL : Indifférence affective, irritation facile, souvent menaçante lorsqu'on l'approche. Ne parle jamais spontanément. Parfois, réponses adéquates, toujours brèves. Incapacité de faire un effort. Habituellement alitée, refus de se lever.

Absence de catalepsie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

10 heures 40 : Ether.

Période d'excitation : pas de catalepsie. Absence du signe de Babinski. Excitation normale au début de l'anesthésie.

10 heures 45.

Période de sommeil.

10 heures 48.

Réveil.

10 heures 50. — Cocaïne : 0 gr. 03.

10 heures 55.

Elle pleure silencieusement.

Q. — « Pourquoi pleurez-vous ? »

R. — « Cela me soulage, j'ai beaucoup souffert... Cela m'étonne, pourquoi ne puis-je supporter la moindre gentillesse ?... Il y a en a qui n'osent pas causer ».

Q. — « Vous souffrez ? »

R. — « Il y en a qui souffrent de ne pas se confier. Il faut avoir du courage... il faut aimer le Bon Dieu... il y a de pauvres petites qui souffrent... ce sont des souffrances ».

Q. — « Pourquoi êtes-vous ici ? »

Q. — « Je veux bien oublier, on m'a fait de la peine ; c'est bon de rencontrer une affection ».

11 heures.

La conversation devient de plus en plus spontanée :

« J'étais prise de peur... avoir cette chose dans la vie : être comprise une fois... merci... »

« On a vraiment une affection, une aide, un sentiment, un seul moment, comme cela fait du bien »

Q. — « Avez-vous été malade ? »

R. — « A cet âge-là, j'ai eu des règles fortes ; j'étais au bureau, j'étais fatiguée, on me faisait de la peine ; il faut oublier, je vous le dis respectueusement ».

« Il ne faut pas avoir peur de ceux qui aident... Quand on sent et qu'on comprend... Merci... Il faut croire que c'est vrai... Je veux bien voir des femmes heureuses avec des hommes heureux. Il ne faut pas avoir peur... J'ai vingt ans (inexact) ».

11 heures 15.

« Je reste toute seule ; vous voyez que les pleurs se prolongent souvent. J'aime bien trouver des gens gentils, on ne remarque pas, mais ça fait du bien, on est plus heureux. Il faut laisser les gens faire ce qu'ils veulent. Je respire mieux... Le bon Dieu veut bien. Je suis fatiguée ».

11 heures 30.

Crise de larmes qui dure : « J'avais une grosse fatigue : cela me dégage ». — Larmes.

« Ce n'est rien, cela va passer, j'ai besoin d'être soulagée ; on ne se rend pas compte... J'avais du mal... quand il faut gagner sa vie !.. »

Q. — « Etes-vous guérie ? »

R. — « Oui, ça va, merci ».

La malade pleure encore, mais ne dit rien.

11 heures 50.

Q. — « Pourquoi ne parlez-vous plus ? »

R. — « Ça va, merci ».

Signes de fatigue, la spontanéité diminue. La malade reste plus aimable toute la journée, mais retombe progressivement dans le mutisme.

Le lendemain :

Négativisme, hostilité. Isolement.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE complet. L'éthérisation a été nulle comme effet. La malade n'a commencé à réagir qu'après la cocaïne. Cénesthésie agréable au début.

RÉINTÉGRATION assez complète. Changement de la formule affective sociale. L'agressivité a complètement disparu. La malade est af-

fectueuse et confiante. Elle est bien insérée dans le réel, mais ne trouve pas le nom des personnes qui l'entourent, et croit encore avoir l'âge qu'elle avait au moment de l'internement.

ÉNUCLÉATION : Nous avons révélé plusieurs complexes douloureux déterminés par les conflits avec la vie sociale : contrariétés dans sa famille et dans son travail ; elle a été, très jeune, obligée de gagner sa vie. Le contact vital avec la réalité semble presque normal. La spontanéité a été très active, contrairement à l'état habituel où elle semble incapable du moindre effort. Au moment de l'expérience elle retrouve *l'élan vital qui lui manquait*.

CAPITAL PSYCHIQUE : La dissociation mentale semble n'être qu'apparente. Cette malade internée depuis cinq ans et malade depuis dix ans semble posséder tout son capital psychique. Elle a de nombreux souvenirs émotionnels, mais aucun n'est prédominant. Ses associations d'idées, son courant de pensée, se déroulent logiquement ; elle n'a présenté au cours de l'expérience aucun phénomène de désagrégation mentale.

Aucun signe neurologique ou neuro-psychique.

*
**

Observation 8.

Première Epreuve à la Cocaïne (doses progressives) puis par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 02), Caféine (0 gr. 20).

Deuxième Epreuve au Chanvre indien (Hachichine 0 gr. 10).

HÉLÈNE B. : 28 ans ; célibataire. Etudiante de première année en vue d'une licence d'histoire. Internée depuis le 10 décembre 1930.

COMPORTEMENT ACTUEL : Indifférence émotionnelle complète. Apathie. Négativisme. Sitiophobie persistante depuis 1 mois. Stéréotypies. Absence d'impulsions. Gâtisme. Demi-mutisme pendant les trois mois qui ont précédé son internement. Mutisme complet depuis son entrée à l'Asile.

Persévération des attitudes. Suggestibilité. Signe de la langue de Kraepelin. Réflexes cutanés normaux. Réflexes tendineux vifs. Les réflexes de posture existent, semblent normaux ; de même pour les réflexes d'attitude. Tension artérielle : 6,5-11. — Pouls : 64.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE

Mardi 16 décembre 1930. — 13 heures. — Cocaïne : 0 gr. 003. Même état.

Mercredi 17 décembre. — 13 heures 30. — *Cocaïne* : 0 gr. 006.
Même état.

Jeudi 18 décembre. — 13 heures 30. — *Cocaïne* : 0 gr. 009.
Même état.

Vendredi 19 décembre 1930. — 13 heures 30. — *Cocaïne* : 0 gr. 012.
Persistance du même état. Aucune modification de l'état psychique ou neurologique.

La malade ne desserre pas les lèvres, ne cherche pas à s'exprimer par gestes, ne fait aucun effort d'attention, aucun mouvement de la tête pour regarder ce qui l'entoure ; les yeux restent fixés à terre ; les mains sont à plat sur la table, immobiles. Nous lui tendons un porte-plume, elle reste longtemps la plume en l'air sans rien écrire. Gestes ambivalents, stéréotypés, négativisme, etc.

Pouls : 68. La tension artérielle est toujours de 6,5-11.

Samedi 20 décembre, 14 heures. — *Cocaïne* : 0 gr. 015.

14 heures 25.

La malade semble faire effort pour parler, elle émet quelques sons incompréhensibles très brefs ; elle remue les doigts de la main gauche, comme si elle jouait du piano.

15 heures.

La persévération des attitudes est moins prononcée.

Aucune modification des réflexes de posture ni des autres symptômes neurologiques. Les yeux sont plus vifs. La tension artérielle ne varie pas. — Pouls à 84.

La malade sourit d'une façon plus adéquate. L'ambivalence semble moins prononcée. Mutisme persistant.

Dimanche 21 décembre. — 13 heures. — *Cocaïne* : 0 gr. 018.

La malade se présente exactement dans le même état psychique.

14 heures.

La persévération des attitudes est moins prononcée. Réflexes de posture légèrement augmentés pour le jambier antérieur. La contraction du muscle a duré 7 secondes.

Hypersensibilité abdominale. Sueurs abondantes, surtout des extrémités.

Lundi 22 décembre. — 8 heures 45. — *Ether.*

9 heures 15. — *Cocaïne* : 0 gr. 02.

10 heures 30. — *Caféïne* : 0 gr. 20.

Période d'excitation. La malade se laisse endormir sans aucune résistance ; elle reste immobile, respire régulièrement, aucune réaction de défense.

Eclat de rire qui la secoue toute et qui dure 55 secondes.

La catalepsie a disparu. La recherche du signe de Babinski reste négative des deux côtés. Pas de modification des réflexes de posture. Câtisme. Miction très importante, succédant au négativisme urinaire.

8 heures 55.

Période de sommeil.

Abolition des réflexes cornéens, etc. Absence de catalepsie.

9 heures 01.

Période de réveil. La malade ouvre les yeux ; elle sourit ; persévération de ce sourire.

9 heures 15.

Réapparition progressive de la catalepsie habituelle.

9 heures 35.

Signe de l'oreiller psychique. Réflexes de posture à droite et à gauche pour le jambier antérieur, très exagérés, persistant 13 secondes.

Le signe de Babinski simple (sans le signe de l'éventail) est positif à gauche.

10 heures 30.

Mouvement de trombone de la langue.

Les mouvements respiratoires sont de 25 par minute. Pouls : 110. Tension artérielle de 6,5-11. Mydriase. Exagération des réflexes d'attitude.

10 heures 55.

Nous faisons entendre à la malade de la musique et des chansons : elle écoute, et porte plus d'attention à ce qui l'entoure.

Persistance du mutisme absolu. Elle sourit aux malades que nous faisons venir près d'elle.

11 heures.

Mouvements fibrillaires du pourtour des lèvres. Pâleur de la face. Catalepsie.

11 heures 10.

Arrivée soudaine d'une ancienne camarade de lycée ; la malade rougit vivement ; elle fixe attentivement ; son regard s'attache à sa camarade ; expression interrogative. On lui rappelle les noms de ses professeurs, de ses compagnes, d'une de ses amies avec qui elle sortait très fréquemment. Persistance du mutisme absolu.

Spontanément, lorsque sa camarade sort, la malade lui tend la main.

11 heures 40.

Nous lui donnons un porte-plume : elle écrit des signes incompréhensibles disposés en lignes régulières et ressemblant très légèrement aux signes de sténographie.

12 heures.

L'épreuve des mots inducteurs n'obtiennent aucune réponse ni aucune réaction émotive.

12 heures 30.

Nous lui demandons d'écrire : « Maman ». Elle le fait très correctement. Le nom de son amie Cécile A... ; elle obéit. Le nom de la camarade qui vient de venir la voir : elle ne le fait pas. Elle remplit un coin de sa feuille de papier avec des petits points ; elle les fait dans un espace limité du papier, ne cherchant pas à remplir toute la feuille dont elle dispose.

Pouls : 92. Aucune modification de la tension artérielle. Réapparition de l'état antérieur.

*
**

Même malade : Deuxième épreuve au Hachich.

8 janvier 1931. — 8 heures 30. — Hachichine : 0 gr. 10.

9 heures 10.

Le pouls est à 120 à la minute, mais les bruits du cœur sont normaux et bien frappés. — Les yeux sont injectés de sang, le bord des paupières est rouge.

9 heures 30.

Mutisme complet.

La malade semble cependant mieux s'intéresser à ce qu'elle voit : elle regarde autour d'elle ; large sourire.

9 heures 45.

La mimique devient plus expressive : la malade remue la tête de gauche à droite (négation), elle sourit, elle se balance d'avant en arrière, elle sort plusieurs fois la langue de sa bouche, puis découvre ses dents. Tout-à-coup, elle se lève, fait signe qu'elle a soif, boit toute seule, d'un trait, un verre de café, puis enlève sa camisole, la retourne plusieurs fois, la remet, la boutonne et la déboutonne.

Excitation motrice assez vive.

La malade semble avoir des vertiges ; elle se soulève, regarde autour d'elle et se recouche immédiatement.

Le faciès est d'une coloration normale, mais plus expressif.

10 heures.

La malade prend le porte-plume que nous lui tendons ; elle commence à écrire :

« Jacqueline, Suzette, Jeanne, Rose, Mame.

Etienne, Paul, ...Charles... travail... Madeleine.

Outrage à la mort.

Trop fatigüe.

Ste Croix du Mssi + + + 22 ages de richesse.
l'enfant chérie + R-----

----- »,
puis, au-dessous, elle dessine quelque chose qui se rapproche d'une carte de géographie, représentant vaguement l'Angleterre.

10 heures 05.

Une malade vient près d'Hélène B. et chante quelques airs populaires : aucune réaction. Elle chante des airs de danse (« Griserie ») à la mode d'il y a trois ans : tout à coup, Hélène se met à fredonner en même temps que la chanteuse ; celle-ci se tait et Hélène continue seule. Elle chante maintenant les paroles, dans le ton, et de plus en plus fort jusqu'à la fin du couplet, puis elle recommence. Nous lui tendons un journal : elle s'arrête de chanter et regarde les images.

La malade chante un autre air de danse : « Sur le Parvis de Notre-Dame » : Hélène recommence à chanter, mais elle s'arrête vite.

Nous la questionnons, l'incitant à répondre, mais en vain : aucune réponse, aucune parole spontanée, en dehors de celles contenues dans les chansons.

10 heures 35.

Disparition de la catalepsie. Les réflexes de posture sont normaux.

Pouls : 120. Tension artérielle de 6.5-12.

La malade arrange ses cheveux et, d'elle-même, cherche à se coiffer comme autrefois (une natte autour de la tête).

Nous lui montrons différents objets de coquetterie : elle tend les mains pour avoir du parfum, et se frictionne.

11 heures.

Nous la conduisons près du piano ; quelqu'un joue, elle fredonne en même temps, suit le rythme. Une malade la fait danser, elle s'adapte bien aux différents pas. Nous lui demandons où elle a appris à chanter pour la première fois, elle répond : « Oh ! très bien... »

La station debout provoque un vomissement en fusée.

Aussitôt recouchée, la malade a une impulsion : elle saisit les objets qui sont sur une table près de son lit, l'encrier, le papier, etc., et les lance avec force dans la direction des personnes présentes ; puis, elle s'allonge, ferme les yeux.

Elle est très pâle, semble fatiguée ; nous la laissons un peu se reposer.

12 heures 30.

La malade sort de son mutisme et, pour la première fois depuis plusieurs mois, elle répond et parle spontanément ; le ton est puéril, monotone, avec un léger maniérisme ; elle s'exprime nettement en prononçant distinctement toutes les syllabes.

Q. — « Où habitez-vous autrefois ? »

R. — « Il y a vingt ans que j'aurai quitté la rue C... »

Q. — « A P..., c'était quelle rue ? »

R. — « Rue St-Jacques, près du Lycée ; c'était un lieu mal fréquenté. »

Q. — « Mal fréquenté par qui ? »

R. — « Par des jeunes filles qui étaient étudiantes ».

Q. — « Quelles études ? »

R. — « Elles n'avaient pas cru tout ».

12 heures 45.

Elle prend la main du médecin, l'embrasse, et dit : — « Ça c'est trop loin les lettres, elle est retombée malade... Mais s'il l'aimait beaucoup... ».

Q. — « Qui vous aimait ? »

R. — « Jean Eterno M... de Angle-sur-Anglein ».

Q. — « Faisait-il des études ? »

R. — « Non, trop fatigué... ».

Q. — « Où l'avez-vous connu ? »

R. — « Sur une route à Paris. »

Q. — « Quel âge avait-il ? »

R. — « Vingt-deux ans... il oppresse un peu ».

Elle regarde une autre malade qui vient d'entrer : — « Vous avez l'air d'être un peu fatiguée, vous avez les traits tirés ».

Q. — « Où habite votre maman ? »

R. — « 22, rue A... »

Q. — « Où est-ce ? »

R. — « C'est très loin, très vieux aussi, tout cela... »

Q. — « Quel baccalauréat avez-vous eu ? »

R. — « Latin-langues, mais quelle fatigue... » « Aimer, ou non aimer ».

Q. — « Aimer qui ? »

R. — « La souffrance... » « Oui, mais le visage aurait changé ; il ne l'aurait pas dit, ou alors le reperdre ; comme ça il ne l'aurait pas reçu, c'est vieux aussi... Comment cela se fait-il qu'elles se séparent celles qui travaillent ? »

13 heures 05.

Pouls : 120. Tension artérielle de 6,5-12. Disparition de la catalepsie. Les réflexes de posture semblent normaux, plutôt légèrement diminués.

La malade a une certaine activité spontanée : elle boit seule, puis demande un mouchoir, se mouche, et dit : « Il y a vingt ans, guerre terrible... Les petits ciseaux, où sont-ils pour couper mes cheveux : ce serait une coiffure à la mode, et très commode ».

Elle fait et défait continuellement ses nattes, les enroule autour de sa tête, et demande : « Quelle coiffure préférez-vous ? »

Nous avons fait venir une de ses anciennes camarades du lycée pour voir les réactions de la malade : elle lui tend la main, lui dit bonjour, mais ne l'appelle pas par son nom.

Elle voit une clef : « C'est celle de la rue C... ; si elle nous ouvrait seulement nous-mêmes un jour... elle vient de faire un miracle.. si c'était vrai, ce serait beaucoup trop heureux... C'est curieux de se trouver là avec ce corps... c'est curieux que vous aimiez ce faciès... seulement voilà... c'est tellement différent du lycée ».

Q. — « Vous rappelez-vous vos compagnes du lycée ? »

R. — « Jeanne M., à la fin, elle avait les cheveux coupés... Madeleine L..., Jeannine B..., Suzette P..., qui avait la figure si rouge... »

Tous ces souvenirs évoqués par la malade sont très exacts.

Q. — « Pourquoi êtes-vous tombée malade ? »

R. — « J'ai beaucoup souffert... ce changement... *cette fatigue*, et je ne pouvais plus dormir, ça me faisait grand mal ».

Q. — « Qu'est-ce qui vous faisait mal ? »

R. — « C'était une petite fille de quatre ans qui était très douce ; j'ai eu beaucoup de chagrin... »

Q. — « Pourquoi ce chagrin ? »

R. — « C'est très loin, *j'étais très fatiguée* sans parler depuis six ans ».

Q. — « Étiez-vous fiancée ? »

R. — « Oui, à Jean ».

Q. — « Quand avez-vous vu votre fiancé ? »

R. — « Voilà qui l'a reposé ».

13 heures 50.

« Je ne savais pas que la chambre était vacante ; la nuit est longue à passer ».

Q. — « Que faisiez-vous à la Sorbonne ? »

R. — « Nous avions à parler de l'Art et d'autres sujets... en 1900 ».

Q. — « Que préféreriez-vous ? »

R. — « Le Moyen-Age, mais on n'a pas beaucoup de renseignements ».

Q. — « Pourquoi êtes-vous malade ? »

R. — « Grand chagrin, Jean... parce qu'on nous a séparés... J'avais vingt-deux ans, j'étais en philosophie ».

Q. — « Vous n'aviez pas vingt-deux ans dans la classe de philosophie ? »

R. — « Seize ans, peut-être, mais ce n'est pas tant de chagrin que vous pensez ».

Q. — « Comment s'appelait votre professeur d'histoire ? »

R. — « Jean, c'est très fatigant de refaire le tour de tout... Ecrasée par la foule des folles, c'était l'anarchie ; la vérité était contenue dans les lettres... Il y a du gaz azimut autour ».

Q. — « Qu'est-ce que la cosmographie ? »

R. — « C'est l'étude des planètes ».

12 heures 40.

Pouls : 96. Tension artérielle de 6,5-11. — La catalepsie n'existe plus. — Les réflexes de posture sont normaux. Les yeux sont beaucoup plus vifs, le bord des paupières est rouge, le faciès un peu pâle.

Q. — « En quelle année sommes-nous ? »

R. — « 1931 ».

Q. — « Quel mois ? »

R. — « Paris, entre novembre et décembre ».

Q. — « Que faites-vous ici ? »

R. — « Je reste parce que je suis forcée... C'est une place sûre pour une personne fatiguée d'être surveillante ; j'ai eu peur un jour ».

qu'elles ne se trouvent pas, les surveillantes ; mais, lui, René, nous sauve... Nous retrouverons peu à peu la vérité ».

Q. — « Que désirez-vous ? »

R. — « Je voudrais manger... tu n'as qu'à aller voir à la cuisine... tu trouveras quelque chose de bon ; je t'assure que je ne me fâcherai pas ».

Q. — « Pourquoi avez-vous lancé l'encrier tout à l'heure ? »

R. — « Parce que j'étais fatiguée ».

15 heures 15.

« Tu ne voudrais pas me donner du boudin dans une assiette... ce que ça serait bon... et puis un mouchoir blanc avec de l'eau de Cologne... une bonne tarte... »

Nous ne questionnons plus la malade pour la laisser à sa spontanéité.

15 heures 30.

Gestes de nouveau ambivalents ; elle crache sur ses draps, etc...

15 heures 35.

« Il faut me donner à manger, tu sais bien que nous étions amies, j'ai faim, et continuellement envie de manger des gâteaux, des brioches ».

La malade mange gloutonnement tout ce que nous lui donnons. Réactions ambivalentes.

16 heures.

« Je n'ai rien à faire, aucun travail... Je ne veux plus parler, car ça me fatigue énormément, j'aimerais mieux lire ».

16 heures 15.

La malade semble se reposer ; elle s'endort peu à peu ; parfois, réveil brusque, elle nous dit qu'elle se sent fatiguée et désire dormir encore.

Le lendemain 9 janvier :

La malade nous dit : « Bonjour ! » Elle répond brièvement, mais d'une façon adaptée. Elle demande encore à manger et dit qu'elle a très faim. La catatonie n'a pas reparu.

Le 10 janvier :

La malade continue à s'alimenter très bien, alors que les jours précédents elle présentait de la sitiophobie.

Réapparition des petits signes de catatonie.

Réponses seulement monosyllabiques. Aucune spontanéité.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE presque nul avec l'épreuve à la cocaïne. Cependant, diminution du négativisme : la malade accepte d'écrire quelques mots.

C'est avec l'épreuve du hachich que nous avons pu lever tous les barrages psycho-moteurs. Au début, persistance du mutisme, puis la malade chante, et au bout de quatre heures nous obtenons une *disparition totale du mutisme* et d'une façon plus générale du négativisme présenté antérieurement par cette malade.

RÉINTÉGRATION : La malade est bien orientée dans l'espace ; elle est présente à ce qui l'entoure ; sa mimique est adéquate ; elle a conscience de sa personnalité physique (réveil des instincts) et psychique ; elle est réintégrée dans le passé et dans le présent.

ÉNUCLÉATION : Sous la verbigération apparente, surtout grammaticale, dont nous reparlerons, on découvre, dominant la vie psychique, une *cénesthésie pénible*, sentiment de fatigue et d'épuisement constant ; elle nous répète fréquemment « Je suis fatiguée ». « Tout est fatigant ». Cependant, la malade extériorise deux complexes qui paraissent avoir une certaine force : elle nous parle d'un chagrin qu'elle aurait eu au sujet d'une petite fille, et le prénom : Jean, revient spontanément assez souvent. Ses complexes sont dominés par l'impression de *grande fatigue*. Elle n'évoque aucun souvenir familial.

Ses désirs sont uniquement physiques : elle a faim, elle veut manger ; elle exprime aussi le désir de se faire couper les cheveux.

Il y a réapparition du contact vital, depuis le moment où le mutisme a été supprimé. Il y a persistance du maniérisme ; on note en même temps une certaine monotonie dans l'élocution. De plus, nous constatons des troubles de la syntaxe simple : la malade supprime certains mots, souvent les verbes ; il lui arrive de parler d'elle parfois à la troisième personne. La condensation des mots donne des phrases elliptiques — sorte de langue nègre — qui peut être rapproché de la forme de langage des primitifs. Plusieurs propositions n'ont plus entre elles de lien logique, le mécanisme des associations nous échappe, il y a rupture des liens de coordination.

CAPITAL PSYCHIQUE : Nous mettons en évidence l'absence de relâchement de l'attention, l'absence de défilé d'images. Au contraire, cette expérience nous montre certains troubles de dissociation mentale inaperçus autrement, l'état de mutisme habituel, depuis des mois, rendant l'interrogatoire impossible.

Conservation de la mémoire. La malade reconnaît une ancienne compagne ; elle évoque des souvenirs exacts, de localisation précise, datant de la période où elle était élève au lycée. *L'activité spontanée, l'élan vital, déficients habituellement, semblent en partie récupérés*, la malade retrouvant la possibilité de s'intéresser à elle-même, à certains événements personnels.

SYNDROME NEUROLOGIQUE ET NEURO-PSYCHIQUE :

Action de la cocaïne : A petites doses, la catalepsie est moins prononcée ; il y a une légère augmentation des réflexes de posture. A doses maxima, la catalepsie est redevenue semblable à ce qu'elle était antérieurement ; les réflexes élémentaires de posture sont très

augmentés ; il y a apparition d'un signe de Babinski positif à gauche.

Action de l'éther : A la période d'excitation, disparition de la catalepsie, qui réapparaît progressivement pendant la demi-heure qui suit le réveil de l'éthérisation.

Action du hachich : La catalepsie disparaît environ deux heures après l'absorption de la hachichine. Réflexes élémentaires de posture légèrement diminués.

Au point de vue de la tension artérielle, la cocaïne n'a donné aucune modification ; le hachich a permis d'obtenir une augmentation de la maxima.

*
**

Observation 9.

Epreuve par Excitations Combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 04), Caféine (0 gr. 20).

MARIE C. : 30 ans. Domestique. Internée en avril 1928. Célibataire. Un enfant.

COMPORTEMENT ACTUEL : Démence précoce. Alternatives d'excitation et de dépression. Indifférence à l'égard de son fils. Dissociation intermittente. Bonne mémoire. Périodes de mutisme. Irritabilité (accès de fureur). Impulsions. Gâteuse par périodes. Demi-mutisme. Ironie. Aucune activité spontanée. Alitée.

Absence de catalepsie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

9 heures 10. — *Ether*.

Période d'excitation très vive. Période d'anesthésie normale.

9 heures 20.

Période de réveil. *Rires*. Elle cherche à embrasser le médecin.

9 heures 26.

« On a voulu faire savoir que j'avais fait une fausse-couche. J'étais conduite par de mauvais chemins, je n'ai pas été en famille comme je le désirais ».

9 heures 30.

Cocaïne : 0 gr. 04. — Caféine : 0 gr. 20.

La malade dit spontanément :

« Une personne désire se faire une situation, puis elle rencontre des personnes de mauvaise vie ; on a toujours tendance à imiter le mal ».

Cris, pleurs, gémissements.

« Partez, partez, vous me dégoûtez ». Elle crache au visage du médecin.

« Mais je vous dis de me tuer, qu'est-ce que vous attendez donc ? On ne peut pas avoir de nouvelles quand on est dans cette cage du six. On vous met sur un lit pour faire le bien des autres ».

Elle a un moment de lucidité :

« Je vous demande pardon, je l'ai fait innocemment ; à qui dois-je demander pour avoir une vie normale, une vie de Française ? »

Q. — « Où habitez-vous ? »

R. — « Je n'aime pas la ville, j'aime la campagne, on a la vie beaucoup plus large dans un certain sens ».

10 heures 20.

Mutisme. Eveil de la catalepsie latente. Alternatives de suggestibilité (catalepsie) et de négativisme.

10 heures 30.

Ironie : « Ce que ça doit être barbant la médecine. On a tort de chercher à s'élever ; moi, je préfère ramasser les ordures ; une malade ne peut pas s'entendre avec un docteur ».

« Deux fois, j'ai entendu appeler : « Viens, maman » ; c'était mon fils, la porte était fermée, je n'ai pu y aller. Par moments, il y a une voix au sous-sol, c'est quelqu'un qui cherche des perles ».

10 heures 50.

« Je suis ici depuis douze ans (c'est faux). Je voudrais revenir comme si rien n'était, n'ayant jamais d'ennemis ».

11 heures.

Tremblement généralisé.

« Si on me donnait des livres de science, ça irait mieux. »

Hallucination : « Quelqu'un a sifflé au-dessous. On ne sait pas ».

11 heures 45.

Négativisme plus complet qu'avant, avec conscience de ce qui s'est passé.

14 heures 15.

Elle dit spontanément : « Je suis plutôt vexée qu'inquiète ».

Mutisme. Cessation de l'excitation. Persistance du négativisme. Retour à l'état antérieur.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE. Au réveil de l'éthérisation, les premiers mots expriment des regrets, des remords de sa vie passée.

RÉINTÉGRATION incomplète. On révèle l'existence d'hallucinations auditives. Déclanchement du syndrome hébéphréno-catatonie.

que : échomimie, ironie, grimaces, catalepsie, échopraxie. Syndrome absent en dehors de l'excitation psychique. Insertion assez complète dans le réel.

ÉNUCLÉATION incomplète : Elle ne nous a rien révélé de sa vie passée, sinon quelques regrets et quelques remords paraissant exprimer un état affectif devenu en partie inconscient. Aucun changement dans ses rapports avec le milieu. Elle reste agressive ; elle se montre vexée de notre expérience. Elle prend souvent un air dédaigneux et de reproche. Cette malade est la seule qui n'ait pas récupéré le contact affectif social.

CAPITAL PSYCHIQUE : Conservation du stock des idées, des souvenirs, aucun souvenir émotionnel prédominant. Cette malade est différente des déments précoces du premier groupe, elle révèle une dissociation mentale très nette avec des possibilités limitées de vie affective et intellectuelle.

SYNDROME NEUROLOGIQUE ET NEURO-PSYCHIQUE : Avec la cocaïne, nous avons obtenu une ébauche de catalepsie.

*
* *

Observation 10.

Epreuve par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 04), Alcool (100 cm³).

CÉCILE C. : 26 ans. Célibataire, un enfant.

Employée aux écritures. Internée depuis juin 1926.

Au début de l'internement : forme dépressive.

COMPORTEMENT ACTUEL : Indifférence à l'égard de son enfant. Incohérence, verbigération. Désinsertion du réel. Maniérisme. Négativisme.

Catalepsie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

9 heures 45. — *Ether.*

Période d'excitation. Disparition de la catalepsie. La malade a uriné sous elle. Excitation normale au début de l'anesthésie.

10 heures. — Période de sommeil.

10 heures 5. — Période de réveil.

10 heures 10.

Elle dit spontanément : « Hélas, j'ai voulu venir chez toi, ça m'a coûté cher ; je dois aller au cinquième pavillon... non !... non !... arrêtez-moi, je suis mère... causons sérieusement... ».

10 heures 20. — *Cocaïne* : 0 gr 06.

10 heures 45. — *Champagne* : 100 cm³, en deux fois.

Q. — « Etes-vous mariée ? »

R. — « Pourrais-tu me dire le bonheur que l'on a à avoir un petit garçon ?... J'aurais voulu vous cacher cela, Docteur... Tu ne trouves pas qu'elle a un drôle d'air ?... Pardon, Seigneur, j'ai failli accoucher. »

Q. — « Pourquoi êtes-vous ici ? »

R. — « Je suis ici parce que j'ai trop aimé mon mari ».

Q. — « Comment s'appelait-il ? »

R. — « Il s'appelait Louis... Je me suis accouchée toute seule, je ne savais pas... chez moi... Pas si fort que celui de Cécile. On avait pris les fers pour accoucher Cécile ».

Nous l'accusons d'avoir volé : gestes de protestation. Elle répond : « Doctoresse, je n'ai pas eu l'intention de vous voler... Je suis digne de subir l'accouchement de Cécile et je le subirai. Je suis quelqu'un qui aime bien ».

10 heures 50.

Ebauche de catalepsie.

« Dites à mes parents que je les ai bien aimés ; c'est le passé, ils auraient trop de chagrin de me savoir morte, je ne peux pas revenir. »

Q. — « Etes-vous malade ? »

R. — « J'ai l'âge de raison, je comprends ; j'ai sans doute fait quelque chose qu'il ne fallait pas ».

11 heures.

Impatience motrice.

« Je souffre, je pourrais me passer de mon petit garçon... Je veux me lever pour vous demander pardon ».

Nous l'accusons de nouveau de voler ses compagnes. Elle se défend : « Je ne savais pas ce que je disais, Doctoresse, je suis innocente, innocente... »

Q. — « Où travailliez-vous ? »

R. — « A C..., j'étais employée... Je ne demande qu'à me lever pour être tout à fait bien. Je voudrais guérir, et ça n'est pas de la blague, je constate que je suis guérie. Vous ferez de moi une guérie, une belle Parisienne. J'aime mieux élever mon enfant à Paris ».

Q. — « Où est votre enfant ? »

R. — « Mon enfant est mort et moi vous m'avez gardée ; je ne suis pas de celles qui font du mal sans s'en rendre compte ».

11 heures 25.

Accès onirique passager, provoqué par les deux verres de Champagne.

A partir de ce moment, prédominance de l'état onirique.

« Des jeunes gens m'ont payé à boire et à manger... Moi je vous vois mariée dans le lointain... Ces étudiants sont des dieux ».

Nous lui parlons de son internement.

R. — « Vous voyez, j'ai toute ma raison ; j'ai trop de cœur, je suis tombée ; j'avais un logement à moi toute seule à ce qu'il paraît, 74, rue M... Je suis venue ici sous un faux-nom ».

Q. — « Quel métier aviez-vous ? »

R. — « De mon métier, j'aurais fait de la peinture ; je suis étudiante en médecine ».

Q. — « Êtes-vous mariée ? »

R. — « J'ai un ami dans le monde qui m'aurait fait connaître ; on ne se fait pas connaître sans avoir des relations ; mon ami serait fou et enfermé ».

Q. — « Ça va mieux ? »

R. — « Oui, je vais bien ; c'est beau d'étonner par sa guérison ».

Q. — « Dormez-vous ? »

R. — « Je ne dors pas ; je ne me croyais pas une assez bonne doctoresse... Quand ils ont découvert les couvents, ils ont été méchants pour les religieuses ».

Elle demande à écrire, nous la laissons faire et elle écrit : « Une ancienne échappée de maison de force comme... » ... « Si Dieu existait c'est une souffrance.. ».

Elle pose son porte-plume, et dit : « J'avais d'autres idées dans la tête ; il faut croire que c'était fort puisque je vous l'ai dit ».

12 heures.

« J'ai bien un cœur à moi... Je ne m'expliquais pas que j'existais... le travail c'est du cœur... Défense de me toucher, je dois me conduire seule ».

12 heures 30.

La malade reste immobile, refuse de répondre ; elle fait semblant de dormir.

13 heures.

Elle regarde autour d'elle et dit : « Je me suis crue pire que Dieu, je voudrais oublier le souvenir ».

La malade retombe peu à peu dans son mutisme.

Retour à l'état antérieur.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE. Après l'éthérisation, phrases incohérentes. Après la cocaïne, dans un *élan spontané*, la malade nous dit : « Pourrais-tu me dire le bonheur que l'on a à avoir un petit garçon ? »

RÉINTÉGRATION assez complète, qui a diminué à partir de l'ingestion de Champagne (état onirique, excitation, idées de grandeur, qui ont annihilé les effets des toxiques précédents).

Insertion complète dans la vie réelle. Incoordination partielle.

ÉNUCLÉATION : Elle exprime le désir de s'en aller et de guérir, de revoir sa famille et son enfant.

CAPITAL PSYCHIQUE : Paraît conservé, mais dissocié. La malade parle d'elle à la troisième personne. Elle ne donne aucun renseignement précis sur son passé, manifeste simplement des regrets d'avoir fait ce qu'il ne fallait pas. Sentiments de famille normaux. Spontanéité diminuée. Conscience partielle de son état.

SYNDROME NEUROLOGIQUE ET PSYCHO-MOTEUR : Ebauche de catalepsie après la cocaïne et le premier verre de Champagne.

*
**

Observation 11.

Epreuve par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 06), Caféine (0 gr. 20).

LOUISE F. : 36 ans. Célibataire, un enfant. Plumassière.

Premier internement en 1916 ; courte rémission. Internée de nouveau en octobre 1924.

COMPORTEMENT ACTUEL : La malade s'exprime avec incohérence et ambivalence. Impulsions intermittentes. Fugues. Négativisme. Maniérisme.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE

9 heures 40. — *Ether.*

Période d'excitation : *Catalepsie. Absence du signe de Babinski à droite. Ce signe est positif à gauche.* Excitation vive au début. Cris.

Période de sommeil : 10 minutes.

9 heures 50.

Période de réveil : *pleurs, excitation, rires.*

9 heures 55. — *Cocaïne* : 0 gr. 06.

10 heures 20. — *Caféine* : 0 gr. 20.

Q. — « Pourquoi pleurez-vous ? »

R. — « Je me dispute avec maman, parce qu'elle n'est pas contente de moi ; je ne suis pas courageuse à l'ouvrage ».

Rires, puis larmes incohercibles.

Q. — « Pourquoi êtes-vous ici ? »

R. — « Je suis une femme, ça ne fait pas dix ans que je suis ici ».

10 heures 10.

Q. — « Etes-vous mariée ? »

R. — « Mon dernier ami était charbonnier ; il a été blessé à la guerre, ça m'a fait quelque chose... Ma petite fille avait deux mois quand elle est morte... J'en ai eu un autre, il est pharmacien, médecin, portrait, oui, portrait au pastel, il s'est grouillé ».

Sanglots avec larmes : « Maman ne voulait pas de ça, alors je suis partie de chez nous ».

Q. — « Aimez-vous le peintre ? »

R. — « J'aime bien quelqu'un oui, mais j'aime mieux maman ».

On lui dit qu'elle est internée : gestes de protestation ; elle répond : « C'est les infirmières qui disent toujours que j'ai des voix ».

10 heures 20.

Q. — « Que faisiez-vous étant petite ? »

R. — « J'ai été à l'école jusqu'à onze ans et demi dans un boulevard qui donne sur la rue de Nantes ».

Q. — « Où êtes-vous ici ? »

R. — « Je suis à Villejuif, à Maison-Blanche ».

Tremblement fibrillaire.

Q. — « Vous vous appelez Mme Thier ? » Nous l'accusons d'avoir volé de l'argent à sa mère.

R. — « Mais non, maman n'a pas d'argent ; elle est pauvre, elle fait des sacs ».

Elle prend un journal : intérêt partiel aux faits-divers.

Récit spontané d'une histoire : « A Vigneux, il y avait une marchande qui disait qu'on lui avait volé 100.000 francs. Le mien disait qu'elle était folle ».

Q. — « Etes-vous vraiment malade ? »

R. — « J'ai eu une résurrection ; j'étais mal, j'ai pris du café, ça m'a ressuscitée ; c'était naturel mais ça peut arriver quand même. Mon patron m'aimait tellement qu'il a manqué mourir, il est devenu fou ».

Q. — « Où est votre enfant ? »

R. — « Il a été mis chez quelqu'un. J'étais méchante avec lui, je le bousculais au lieu d'être gentille ; c'est un petit garçon gentil ; il avait deux ans et demi quand on me l'a pris. Je suis comme Maman, crierde, mais pas mauvaise. J'aurais mieux aimé crier après mon petit que de le faire souffrir, mais je ne l'aurais jamais mis chez les autres sans y être obligée. Quand j'ai levé les yeux, je l'ai trouvé beau, j'ai eu le béguin pour lui, il m'a donné dix francs ».

Q. — « Pourquoi ne demandez-vous pas votre sortie ? »

R. — « Je vous la demande, mais je ne sais pas le nom des personnes à qui il faut s'adresser ».

Brusquement, rire : « Vous êtes Madame Thier... Alors, je m'en vais ; Mlle P... (nom du médecin), je veux ma sortie parce que je ne suis pas malade... La guerre a duré plusieurs années, on disait

que l'armistice n'était pas signé. J'étais chez nous, dans la cave... Je ne suis plus endormie, maintenant, je cause naturellement. »

Sourire ironique.

La malade reprend peu à peu son ambivalence, sa verbigération.
Retour à l'état antérieur.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE assez complet. Les premières manifestations font ressortir les phénomènes d'interférence émotionnelle : rires et larmes incoercibles.

RÉINTÉGRATION : Insertion normale dans la vie passée. Perte de la notion de durée. Conservation de la notion du temps spatial. Elle a conscience des modifications de sa cénesthésie. Nous n'avons révélé aucun complexe prédominant.

ÉNUCLÉATION : Récit exact de sa vie passée. Ses romans d'amour sont normalement évoqués. Elle parle affectueusement, surtout vers la fin, de son petit garçon. Elle exprime le désir de partir. Ses sentiments de famille semblent normaux. Mimique et réactions adéquates.

CAPITAL PSYCHIQUE : Persistance du syndrome de jeu et des réponses à côté. Toutes les acquisitions sont conservées. Lenteur de la spontanéité. Relâchement des modes habituels d'association d'idées.

ÉTAT NEUROLOGIQUE : Avec l'éthier nous avons obtenu une ébauche de catalepsie et le signe de Babinski positif à gauche.

*
* *

TROISIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Observation 12.

Epreuve à la Cocaïne (doses progressives), puis par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 02), Caféine (0 gr. 20), Strychnine (0 gr. 001) et Vin de Champagne (50 cm³).

ALICE D. : 28 ans. Employée de Bureau. Mariée sans enfant. Interne depuis décembre 1929.

D'après les renseignements de la famille, début de la maladie à vingt ans, par un accès dépressif. Premier internement à vingt-trois ans.

Peu de temps après son entrée à l'Asile, la malade s'est renfermée

dans un mutisme complet, avec sitiophobie alternant avec des crises de boulimie. Gâtisme. Impulsions. Stéréotypies. Maniérisme. Ambivalences.

Il y a cinq mois, la malade ayant été traitée par des transfusions de sang, nous avons noté une amélioration de l'état mental, se manifestant immédiatement après la transfusion, caractérisée par une atténuation de l'ambivalence. Il semble que ce mieux puisse être attribué tant au choc émotionnel (peur des piqûres, douleur, vue du sang) qu'à la transfusion elle-même. En mai 1930, aussitôt l'opération finie, elle s'est précipitée vers une amie qui venait la visiter et lui a dit : « Viens vite, ma pauvre amie, que je te raconte, si tu savais ce qu'on vient de me faire ». Les quelques jours qui suivaient la transfusion, la malade parlait pour demander à manger.

COMPORTEMENT ACTUEL : Depuis la fin des transfusions (fin de juin), la malade est retombée dans un mutisme complet. Négativisme. Sitiophobie.

Catalepsie. Réflexes de posture normaux. Absence du signe de Babinski. Tension artérielle de 7-13. Pouls : 73.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE

9 heures 20. — *Ether.*

Période d'excitation. — La malade se défend contre l'anesthésie ; elle dit : « Non, enlevez-moi cela ! retirez-moi cela ! ça me ! j'ai soif ! Je meurs, Lulu, je m'en vais !... Ayez donc du cœur ».

Pendant cette période, nous avons obtenu un *signe de Babinski positif à gauche*. Aucune modification des réflexes de posture.

9 heures 25.

Période de sommeil. Disparition de la catalepsie ; persistance du signe de la langue de Kraepelin.

9 heures 30.

Période de réveil. La malade pleure ; elle s'écrie : « On m'a enlevé le cœur... Petite Chérie ».

Immobilité ; la malade continue à pleurer.

9 heures 41.

Arrêt des larmes. La figure prend une expression douloureuse inhabituelle.

Q. — « Qui voulez-vous voir ? »

R. — « Ta mère ».

La cocaïne a été administrée en plusieurs fois : l'avant-veille, 0 gr. 005, puis la veille, 0 gr. 005 et enfin le jour même de l'expérience, à 9 heures 45 à la dose de 0 gr. 02.

9 heures 55. — *Caféine : 0 gr. 20.*

10 heures 30. — *Strychnine* : 0 gr. 001.

11 heures. — *Champagne* (1 verre à Bordeaux).

La malade remue la tête, ouvre et ferme les yeux ; un peu de maniérisme de la face.

9 heures 50.

Pouls à 80. L'hostilité habituelle et le négativisme ont disparu, la malade exécute tous les gestes que nous lui commandons. Elle reste calme longtemps, couchée très droite sur le dos, la tête reposant sur le lit, alors qu'à l'état normal elle reste toujours repliée sur elle-même.

10 heures 10.

La malade manifeste de la douleur au moment de la piqûre de strychnine.

10 heures 15.

« Pourquoi me fait-on toutes ces saletés ?... Donne-moi des amis, j'ai peur pour toi ».

On lui montre l'appareil à éther : « Qu'est-ce que c'est que ce truc-là ?... Je voudrais lire, je voudrais écrire ». En même temps, elle refuse de prendre un crayon. On le lui met dans la main : elle reste en attitude cataleptique.

10 heures 30.

La malade ne répond à aucune question. Absence de contact affectif.

10 heures 35.

Test des mots inducteurs. Aucune manifestation émotive, aucune réponse, lorsque nous répétons les mots employés par la malade au début de l'expérience.

Résultat du test habituel des mots inducteurs :

CHANTER : « Brou... brou... brou... »

Par trois fois, ce mot « chanter » a obtenu la même réaction.

COMPTER : « Je veux écrire ».

La malade pleure.

AMICALEMENT : Elle montre ses yeux et dit : « De quelle couleur ? »

DEMANDER : Elle répète le mot.

11 heures.

Refroidissement du nez. Coloration normale de la face.

Tension : 7-13.

Avant de boire son champagne, elle regarde l'infirmière, lui tend son verre et dit : « Il faut lui en offrir... Il faut en donner aux gamines... Il faut en donner aux gamines, il n'est pas bon ; il faut en faire cadeau... Tais-toi... Chut !... »

11 heures 10.

Persistance du maniérisme de la face (met la main devant sa bouche, plisse les paupières, roule les yeux, fait la moue)

11 heures 20.

« A cause de moi, de n'importe quoi ».

Q. — « Comment s'appelle votre mari ? »

R. — « Tais-toi, c'est écrit sur ma peau ».

Q. — « Avez-vous des enfants ? »

R. — « Saint-Malo, comment t'appelles-tu ? »

Q. — « Où est votre mari ? »

R. — « Tais-toi, il faut conjuguer ».

On lui montre une lettre de son mari : elle la prend, et ne dit rien.

Q. — « Aimez-vous votre mari ? »

R. — « Je ne sais pas, laissez-moi, je ne suis pas au confessionnal ».

On répète la question.

R. — « Tais-toi, c'est drôle... tais-toi ! »

Q. — « Pourquoi avez-vous voulu mourir ? »

R. — « Mets-moi de l'eau tiède dans le ventre ».

On répète plusieurs fois la question.

R. — « Il y en a qui sont tapés, là-bas ».

Nous lui présentons différents objets de toilette, puis un journal, des images : elle n'y prête aucune attention.

11 heures 45.

Nous faisons venir quelqu'un pour chanter près de son lit : elle reste très immobile, semble écouter attentivement, elle a des larmes dans les yeux, puis fait un geste d'amitié (elle prend la main du médecin).

11 heures 55.

Les yeux sont brillants ; pupilles en mydriase. Docilité persistante. Absence de catalepsie. Les réflexes de posture sont exagérés des deux côtés.

12 heures 30.

La malade ne réagit pas aux reproches.

Les réactions de peur sont normales (sursaute aux bruits, se protège les yeux si on approche de sa figure quelque chose de pointu).

Nous faisons mine de quitter la malade ; nous lui disons « au revoir ».

R. — « Non, ne partez pas » ; elle pleure.

12 heures 35.

Maniérisme de la face (groin).

L'interrogatoire sur sa maison, son métier, n'obtient aucune réponse.

On lui dit qu'elle est internée avec des folles... Aucune réaction.

Q. — « Voulez-vous partir ? » On lui donne la clef.

R. — « Mets ça dans le tiroir ».

Elle ne répond rien quand nous l'interrogeons sur le jour, l'année.

13 heures 20.

« C'est changé, j'ai soif ».

Q. — « Que voulez-vous boire ? »

R. — « N'importe quoi ».

A plusieurs reprises nous nous approchons de la malade en lui présentant le masque d'éthérisation : à chaque fois, elle réagit par des gestes de protestation, semble effrayée. Cet état nous permet d'obtenir des réponses de la malade : « Faites porter cela à Mme T. (nom d'une infirmière qui la soigne), faites-le porter à Mlle P. (nom du médecin). »

Q. — « Que voulez-vous boire ? »

R. — « Non, je n'ai pas soif, merci ».

Q. — « Voulez-vous chanter ? »

R. — « Non, je n'ai pas envie ; je voudrais... je voudrais m'amuser... »

Elle voit le masque d'éther, le repousse, et dit : « Ça coûte cher, il vaut mieux l'emporter, c'est pour amuser les enfants. Je voudrais le résultat de mon analyse de sang... Germaine ne vient donc pas ?... »

Q. — « Quel jour sommes-nous ? »

R. — « Je ne me rends compte de rien, je ne sais pas, je n'ai pas un journal, rien... Je voudrais mes affaires ». Elle pleure.

Q. — « Voulez-vous un journal ? »

R. — « Je veux bien ». Elle le prend, mais le laisse aussitôt.

14 heures.

A ce moment, nous faisons entrer dans la salle le mari de la malade : elle le regarde, mais ne manifeste aucune émotion : « As-tu de l'argent, donne-moi de l'argent... Donne-moi du papier à lettres... J'ai faim ».

Elle mange avec voracité, ne répond plus à aucune question, ne parle plus à son mari ; redemande simplement à manger de temps en temps.

Au départ de son mari, elle ne manifeste rien. Mutisme.

14 heure 30.

La malade ne répond plus à aucune question.

Le négativisme réapparaît ; attitude hostile, avec maniérisme.

Catalepsie. La malade semble revenir progressivement à l'état antérieur.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE superficiel. Au réveil de l'éthérisation, la malade pleure longtemps et dit : « On m'a enlevé le cœur ». Plus tard, c'est surtout sous l'influence de la peur (habituellement inefficace), que nous faisons sortir la malade de son attitude négativiste.

RÉINTÉGRATION incomplète ; cependant, elle se rend compte de l'endroit où elle est : « Il y en a qui sont tapés, là-bas ». Elle est présente et a parfois des réactions adéquates. Elle s'étonne de l'interrogatoire. « Je ne suis pas au confessionnal ». Elle connaît les noms des

infirmières, du médecin. Elle se souvient avoir eu il y a quelque temps une prise de sang. Elle a une certaine conscience de son état : « Je ne me rends plus compte de rien ». Nous notons également le changement de la formule affective sociale.

ÉNUCLÉATION très parcellaire. Absence d'idée directrice. Il y a persistance d'une certaine affectivité : elle a pleuré quand elle a cru rester seule et lorsqu'elle a regretté de ne rien posséder de personnel. A plusieurs reprises elle demande à voir sa mère ; jamais elle n'a réclamé son mari, et, même l'arrivée de ce dernier a empêché la malade de parler. Aux questions posées sur son mari, la malade répond avec une légère hostilité ; il semble qu'un Freudiste pourrait trouver de nombreuses significations dans ses réponses. Instinct de conservation intact ; réactions de peur fréquentes. De plus, la malade *mange* avec voracité alors qu'habituellement elle est *nourrie à la sonde*.

Le langage traduit le trouble de la pensée : il y a des propositions indépendantes les unes des autres, sans lien logique. Absence de néologisme, mais de nombreuses stéréotypies verbales.

CAPITAL PSYCHIQUE : Spontanéité diminuée. La mémoire semble normale. Nous avons mis en évidence les troubles persistants d'incoordination mentale.

SYNDROME NEUROLOGIQUE ET PSYCHO-MOTEUR : Avec l'éther, nous avons obtenu un signe de Babinski positif à gauche. Disparition de la catalepsie, avec persistance du signe de la langue de Kraepelin.

Avec la cocaïne, on remarque la disparition de la catalepsie. Les réflexes élémentaires de posture sont exagérés.

*
**

Observation 13.

Epreuve à la Cocaïne (0 gr. 01) puis par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 02), Champagne (50 cm³), Caféine (0 gr. 20).

BELLA R. : 23 ans. Nationalité allemande, célibataire. Sans profession. Internée en mai 1930.

COMPORTEMENT ACTUEL : Indifférence émotionnelle apparente. Inertie complète : la malade est absolument inactive, toujours alitée, gâteuse, avec des impulsions motrices fréquentes, crises de larmes. Demi-mutisme (aucune spontanéité, réponses monosyllabiques et stéréotypées).

Alternatives de négativisme et de suggestibilité. Catalepsie. Signe

de la langue de Kraepelin. Réflexes tendineux normaux. Réflexes de posture faibles.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE

5 octobre 1930. — 8 heures 40. — Cocaïne : 0 gr. 01.

10 heures 30.

La malade nous dit spontanément : « Je voudrais un livre, un livre pour apprendre le français ».

Elle sourit. Son attention se porte sur l'entourage : « L'écharpe du Docteur, c'est pour le froid ».

Q. — « Quel livre voulez-vous ? »

R. — « Un livre nouveau ».

L'attention de la malade faiblit : elle répond seulement par « oui » ou « non », au hasard, sans faire effort pour fixer son attention. Fatigue rapide.

14 heures 30.

Nous retrouvons la malade dans son état habituel ; stéréotypies. Elle pleure, se frotte les yeux ; gémissements sourds continuels. Nous ne pouvons rien obtenir d'elle.

7 octobre. — 8 heures 50. — Cocaïne : 0 gr 02.

10 heures 30. — Champagne.

11 heures. — Caféine : 0 gr. 20.

9 heures.

Nous montrons à la malade des bijoux, une boîte à poudre, une glace. En les voyant, elle se dresse sur son lit, prend une bague, la met à un doigt, puis à un autre, regarde ses mains : elle semble contente. Elle met le collier autour de son cou, déboutonne sa chemise pour se décolleter, se regarde avec plaisir dans la glace, fait des gestes de coquetterie, se lisse les sourcils, arrange ses cheveux.

9 heures 30.

Catalepsie persistante.

9 heures 35.

La malade dit spontanément :

« Au revoir »... « Que faites-vous ? du travail ? »... « Donnez le livre »... Elle le prend. Comme on cherche à le lui reprendre, elle dit : « Non, pardon, laissez... »

Elle se tourne vers le médecin, et demande : « Quel est votre nom ? »

Elle regarde un livre illustré. Dans le texte, il est question d'un

astronome ; elle montre une photographie, et demande : « Cet homme vit ? C'est lui l'astronome ? »

Elle montre une autre gravure : « Votre figure ».

On lui reprend le livre : « Oh ! non pardon, laissez ».

9 heures 45.

Q. — « Où voulez-vous aller ? »

R. — « Clinique santé Strasbourg ».

Q. — « Où habitez-vous ? »

R. — « Longtemps Genève ».

Q. — « Maintenant, où êtes-vous ? »

R. — « Maintenant ici, ici Paris ».

Q. — « Quelle est cette maison ? »

R. — « Maison de Dieu ».

Elle demande : « Une robe. et partir avec vous »... « Ecoutez, pourquoi pas vous promener avec moi... pas comme cela... avec une robe ».

Elle regarde son dossier et dit : Beaucoup de demoiselles Bella, mais une seule Bella, moi-même, et aussi une cousine... »

Q. — « Où est votre père ? »

R. — « Vous avez aussi père... mère ? »

Elle se tourne vers la doctoresse : « Vous êtes infirmière... gentille infirmière... oui, alors, ça va !... Vous m'avez connue... oh ! c'est fini ».

Elle regarde dehors, et dit : « C'est le beau temps »

Persistance de l'ambivalence des actes (elle cherche à être mieux habillée, mieux coiffée, et, en même temps, crache fréquemment sur sa chemise).

9 heures 55.

Q. — « Etes-vous fiancée ? »

R. — « A Paris, un fiancé... s'il vous plaît, une visite de mon fiancé, fiancé pour le cœur ».

10 heures.

Nous faisons venir une malade pour chanter près d'elle ; elle s'allonge, reste immobile, semble écouter ; elle pleure. Pendant quelque temps, elle reste ainsi tournée vers le mur, en pleurant.

Q. — « En quelle année sommes-nous ? »

R. — « 1931 ».

Q. — « Quel mois ? »

R. — « Juillet ».

Interrogatoire sur son métier, sa famille, ses distractions : on n'obtient pas de réponse.

Persistance de l'amabilité : aspect euphorique contrastant avec la stéréotypie des larmes qui lui est habituelle.

On lui présente un verre de champagne, elle le prend et le donne à un interne présent à l'interrogatoire : « Je n'ai pas soif, c'est pour le monsieur »... « Mais si, il a soif, donnez-en pour lui ».

Elle prend une carte postale, la met dans la poche de l'interne, et dit « Vous avez une fiancée ? vous pleurez aussi ? »

Elle prend un paire de lunettes, les essuie soigneusement, les place sur ses yeux, puis se regarde dans la glace ; elle soupire « Oh ! là, là ! » Elle se regarde à nouveau : « Avez-vous un peigne ? ». On lui en donne un ; elle se peigne soigneusement, et le remet en place.

Q. — « Comment s'appelle votre fiancé ? »

R. — « Bunby Springt Gut ».

Des questions sur son fiancé, son métier, l'endroit où elle logeait, n'obtiennent pas de réponse.

Q. — « Quel âge a-t-il ? »

R. — « Peut-être vingt-six ans ».

Des questions sur la tentative de suicide faite à Sainte-Anne : aucune réponse, aucune mimique émotionnelle.

Des questions — en français et en allemand — sur l'Asile, sur sa maladie : « Elle est avec des folles », etc. ; aucune réaction.

On lui donne une cigarette : elle l'allume normalement, en tire quelques bouffées, cherche quelque chose pour mettre la cendre.

11 heures.

La piqûre de caféine provoque des réactions de défense assez vives.

L'épreuve des mots inducteurs, en français et en allemand, prononcés ou écrits, ne donne rien, sauf ce qu'elle nous a dit être le nom de son fiancé : « Bumby Springt Gut ».

Au-dessous de ce nom, elle écrit :

« Bella Springt Gut

Rosa Springt Gut

Alphrenden Springt Gut

Simon Springt Gut

Olga Sivert

Olga Tastow

Carl Sivert

Edith Sivert

Bella

Bella ».

11 heures 15.

Absence de cataplexie. Les réflexes de posture ne sont pas modifiés.

11 heures 20.

La malade pleure, elle se dresse tout à coup sur son lit en criant : « Allô, allô ». (Possibilité d'hallucinations).

Elle dit spontanément : « Prenez place ici si vous voulez écrire quelque chose ».

11 heures 30.

La malade pleure continuellement ; elle se frotte les yeux.

12 heures.

Elle continue à pleurer. Gâtisme urinaire.

Elle se lève, va s'accroupir dans un coin, et pleure continuellement.

13 heures.
Même état.

15 heures.
Même état.

15 heures 30.

Q. — « Pourquoi pleurez-vous ? »

R. — « Mon fiancé malade, presque, à Rome »... « Tribunal, très malheureuse... ma carte d'identité, mon passeport. Pas d'argent, beaucoup de personnes priaient Dieu pour ma chance ».

Q. — « Pourquoi vouliez-vous mourir à Sainte-Anne ? »

R. — « Mourir, peut-être, c'est quelques minutes trop horribles ».

Q. — « Pourquoi refusez-vous parfois de manger ? »

R. — « Pas d'appétit... c'est mieux pour penser ».

Q. — « Pourquoi êtes-vous ici ? »

R. — « Je ne sais pas... c'est le Dieu... vous connaissez le Dieu à tout le monde ? »

Q. — « Pourquoi pleurez-vous souvent ? »

R. — « Malade, mal au cœur... jalousie ».

Q. — « Jalousie de qui ? »

R. — « Fiancé à Francfort... beau pour l'amour ».

Q. — « Que faisait-il ? »

R. — « Maison de blanc, lingerie, chemises ».

Spontanément, elle dit : « Partir aujourd'hui... c'est possible... une permission ».

16 heures.

Absence de catalepsie. Disparition du signe de la langue de Kraepelin. Maniérisme beaucoup moins prononcé. Les yeux sont vifs ; pupilles en mydriase.

Q. — « Comment va votre sœur ? »

R. — « Venue il y a huit jours... priez le bonjour à ma sœur, s'il vous plaît, merci beaucoup ».

La malade tend la main pour prendre le papier sur le bureau et elle écrit en allemand. L'écriture est correcte, il n'y a pas de fautes. Voici la traduction de ce qu'elle écrit :

« Ma chère Rosa. — Je te fais savoir que j'étais très malade ce matin, je croyais mourir, je pense que ça va mieux, tu dois être en bonne santé, quand viendras-tu me voir ? Je suis seule, on m'a fait mettre au lit, heureusement que le Bon Dieu est là et me sauvera, il faut le remercier que nous tombions dans de bonnes mains. Ma chère Rosa pour le moment je ne peux pas te dire beaucoup de nouvelles ; j'ai beaucoup de peine. Dieu va nous sauver, ainsi que nos chers gens qui sont forcés de suivre le même sort que nous ; c'est un désastre. Ils n'ont ni la liberté ni la force de sortir de ce désastre. Je te prie de demander à la police de me sauver ainsi que d'autres et m'envoyer mes papiers. Notre pays ne leur plaît pas, ainsi que mon nom. Il y en a tant qui n'ont pas de papiers, pourtant la police doit les aider. — Je remercie d'avance et une bonne réponse bientôt. Bella ».

Nous interrogeons la malade, qui nous fait comprendre par gestes

qu'elle ne veut pas répondre, mais qu'elle désire encore écrire ; elle fait quelques signes incompréhensibles. Au bout d'une demi-heure, elle se décide à écrire (en allemand) :

« A la Préfecture Française. — Je vous prie de faire attention à ces lignes et dans mon rapport que ce monsieur haut placé ne soit pas maltraité car c'est lui le plus haut fonctionnaire, lui, il ne m'a pas fait beaucoup de mal. Il est à pardonner, il ne m'a rien fait de mal ; il faut laisser ce monsieur, c'est un amour pour les femmes. Pardonnez-moi de mon écriture quand j'aurai plus de temps, car je n'ai pas beaucoup de temps à moi ».

La malade se plaint d'être fatiguée ; elle fait signe qu'elle ne veut pas parler. Elle fait semblant de s'endormir.

Le lendemain.

Quand nous arrivons, la malade demande : « Avez-vous une lettre pour moi ? » Immédiatement, retour au mutisme habituel. Il nous est impossible d'obtenir aucune réponse.

Retour à l'état antérieur.

CONCLUSIONS.

DÉBLOCAGE partiel obtenu avec une petite dose de cocaïne, et prolongé par une dose plus importante.

REINTÉGRATION incomplète. La malade semble savoir où elle est : elle se sait enfermée, et demande sa sortie. On note également une réapparition de la coquetterie, elle semble s'intéresser aux bijoux, elle demande un peigne pour se coiffer. Il y a conservation des automatismes : gestes soigneux pour fumer et déposer la cendre de sa cigarette. La malade présente un changement assez marqué de la forme affective sociale.

ÉNUCLÉATION partielle : nous avons effleuré plusieurs complexes. La malade nous parle d'émotions répétées qu'elle a eues à son entrée en France, émotions provoquées par les difficultés d'obtention de son passeport. Ses ennuis avec la douane l'avaient beaucoup impressionnée et il en est longuement question dans ses deux lettres. Nous constatons une récupération partielle de l'élan vital. Elle exprime le désir de sortir ; elle nous parle aussi à plusieurs reprises d'un jeune homme « Bunby Spring Gut ».

CAPITAL PSYCHIQUE : La malade reste ambivalente, malgré quelques réflexions justes et bien coordonnées, mais perdues au milieu des phénomènes de dissociation mentale. Spontanéité augmentée. La mémoire semble normale.

SYNDROMES NEUROLOGIQUES ET PSYCHO-MOTEURS : Disparition de la catalepsie et du signe de la langue de Kraepelin.

Réflexes élémentaires de posture normaux.

*
**

Observation 14.

Epreuve à l'Ether et à la Cocaïne (0 gr. 02).

DELPHINE L. : 42 ans. Sans profession. Veuve, sans enfant.
Internée depuis mars 1927. (Un internement antérieur).

COMPORTEMENT ACTUEL : Alternatives de mutisme et de bavardage incohérent ; nous avons choisi une période de mutisme pour faire les expériences. Apathie. Inertie totale. Stéréotypies. Maniérisme. Absence d'impulsion.

Conservation des attitudes (40 secondes). Défense à la piqure (absence du signe de la langue de Kraepelin). La catalepsie est influencée (disparaît) sous l'influence d'un éclat de rire ou d'un bruit qui effraie la malade. Catalepsie spontanée (stéréotypies kinétiques).

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE

8 heures 50. *Ether*.

Période d'excitation normale. Période de sommeil : gâtisme.

8 heures 58.

Période de réveil : éclats de rire. « Je suis contente ».

9 heures 50. — *Cocaïne* : 0 gr. 02.

« Une fois déjà il y a très longtemps, je me suis trouvée mal dans une cour, toute seule, ça dépendait beaucoup des pavés ».

Elle reste la bouche grande ouverte ; nous lui demandons pourquoi :

« Pour respirer, l'air se renouvelle, c'est plus sain ».

Nous la questionnons sur son enfance.

R. — « Le comte de Mun, c'est un homme qui faisait courir les chevaux ; je me suis réveillée chez lui... peut-être des gens qui m'avaient amenée n'ayant pas le temps de s'occuper de leurs enfants... Ce n'est pas vrai ! c'est un livre que j'ai lu quand j'étais à Neuilly ; ce comte aurait logé comme nous rue du Quatre-Septembre ».

Q. — « Etait-ce votre père ? »

R. — « Non, un comte ne peut pas être mon père. Il tenait un magasin de modes, il employait des ouvriers, c'était Georges L. ».

Q. — « Est-il riche ? »

R. — « Riche peut-être en paroles ; tout le monde ne peut pas être riche en éloquence ».

Q. — « Que faisait votre mère ? »

R. — « Elle faisait comme les autres, ce qu'elle pouvait ; elle n'avait pas de métier, car elle n'aurait pas pu s'occuper des enfants : elle aurait dû les confier à d'autres ».

Q. — « Avez-vous le certificat d'études ? »

R. — « Oui, j'avais quarante-cinq points sur trente-cinq. Je l'ai passé à treize ans, on peut, du reste, apprendre toute la vie si l'on veut, si les gens veulent bien vous prêter des livres ».

Q. — « Qu'avez-vous fait après ? »

R. — « Je donnais des leçons dans un pensionnat. On m'avait prise parce que j'étais très complaisante, je faisais ce qu'on voulait, je lisais les dictées ».

Q. — « Etes-vous intelligente ? »

R. — « C'est-à-dire que je sais bien parler, mais on se lasse d'une conversation ».

10 heures.

Mydriase. Catalepsie. Persistance du signe de la langue. Stéréotypies d'attitudes.

Q. — « Comment s'appelait votre mari ? »

R. — « Henry. Je ne me suis mariée qu'à la mairie parce qu'il était divorcé et c'était pas possible de se marier à l'église ; il travaillait dans la fourrure ; il disait qu'il gagnait dix mille francs par an. Si j'avais eu un enfant on aurait peut-être dit que c'était l'enfant d'un autre pour ne pas que je m'attache à lui ».

Q. — « Avez-vous des enfants ? »

R. — « Non, je ne tenais pas à en avoir, puisqu'il y en a de toutes faites des petites filles. C'est plus commode de divorcer quand on s'est marié seulement à la mairie ; c'est bien agréable quand on a assez de son mari ».

Q. — « Aimez-vous quelqu'un avant votre mariage ? »

R. — « Il était beau Robert, c'était un beau blond ; on n'oublie pas ce qui est beau. Mon mari était trop frisé ».

Q. — « Voulez-vous voir votre mari ? »

R. — « Pourquoi voir des hommes ; ils ne parlent qu'un français à rebours, ils ne peuvent pas bien parler français comme nous. J'aurais pas pu avoir un amant en même temps que mon mari, car ça doit être difficile de tenir deux hommes dans la même maison ».

Q. — « Qu'est devenu votre mari ? »

R. — « On m'a écrit que mon mari a été disparu ; ça doit être des lettres des bonnes ».

Q. — « Comment vous sentez-vous ? »

R. — « Quoi, quoué, méthode de Coué... vous ne savez pas parler argot, Mademoiselle, alors vous n'êtes pas de Paname ! »

Q. — « Voulez-vous écrire ? »

R. — « Non, c'est inutile, il faudrait que vous me dictiez, et puis, laissez-moi dormir, je ne voudrais pas parler, ça me fatigue ».

Les réponses deviennent de plus en plus monosyllabiques ; la malade retombe dans son état antérieur.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE superficiel au réveil de l'éthérisation. La malade sort de son mutisme habituel pour exprimer sa satisfaction. « Je suis contente ».

RÉINTÉGRATION très incomplète ; cependant, pour tous les faits anciens, la malade donne des renseignements précis.

ÉNUCLÉATION partielle. Elle exprime son désir de divorcer et nous parle d'un certain Robert qu'elle aurait aimé avant son mariage. Cependant, affectivité rigide, déficiente. Dispersion de la pensée. Le langage n'a pas subi de modifications syntaxiques, absence de néologismes, mais souvent réaction de persévération et écholalie.

CAPITAL PSYCHIQUE : Diminution de l'ambivalence. La malade a parfois, au cours de l'examen, des réflexions bien coordonnées et très justes, cependant souvent sa conversation ne suit pas un ordre logique et se fait par embranchements. Nous avons mis en évidence certains phénomènes de dissociation mentale.

ÉTAT PSYCHO-MOTEUR : Nous n'avons eu aucune modification des manifestations de catalepsie présentée habituellement par cette malade.

*
**

Observation 15.

Epreuve à la Cocaïne (doses progressives), puis par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 01), Caféine (0 gr. 20), Strychnine (0 gr. 001), Alcool sous forme de Vin de Champagne (30 cme).

MARGUERITE B. : 33 ans. Sans profession. Mariée, sans enfant.
Internée depuis le 3 juillet 1930.

COMPORTEMENT ACTUEL : Indifférence. Apathie. Impulsions fréquentes au début. Ambivalence. Syndrome de jeu. Maniérisme. Alternatives de périodes de mutisme et de verbigération.

Catalepsie. Signe de la langue de Kraepelin. Réflexes de posture normaux. Pouls : 74. Tension artérielle : 9-12.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE

12 octobre 1930. — Cocaïne : 0 gr. 002.

Même état mental.

13 octobre. — *Cocaïne* : 0 gr. 005.

Aucun résultat.

14 octobre. — *Cocaïne* : 0 gr. 01.

Persistance de l'ambivalence. Excitation motrice (la malade se lève continuellement, monte sur son lit, va d'un lit à l'autre).

15 octobre. Début des excitations combinées, 8 heures 45. — *Ether*.

Période d'excitation : La malade est très docile ; elle n'a aucune manifestation de peur. L'excitation est courte et très peu vive.

Absence du signe de Babinski. Pas de modification des réflexes de posture. Nystagmus.

8 heures 49.

Période de sommeil. — *Les réflexes de posture ont disparu. Les réflexes rotuliens sont abolis.*

8 heures 55.

Période de réveil. La malade ouvre les yeux, sourit : « Je veux rester là ; je serai plus heureuse. J'attends mon mari, je serai guérie. Tu veux m'embrasser ».

9 heures 03.

Immobilité. On n'obtient aucune réponse. La malade reste silencieuse.

9 heures 05. — *Cocaïne* : 0 gr. 01.

10 heures 15. — *Caféine* : 0 gr. 20.

10 heures 35. — *Strychnine* : 0 gr. 001.

11 heures. — *Alcool* (sous forme de champagne : 30 cm³).

Interrogatoire :

La malade dit spontanément : « La moustache de mon cousin Raymond ».

Q. — « Quel est votre nom ? »

R. — « B. Marguerite (exact) ».

Q. — « Quel âge avez-vous ? »

R. — « 33... 27... 6 ans ».

Q. — « Quel est le nom de votre mari ? »

R. — « M. Armand » (exact).

Q. — « Quel jour sommes-nous ? »

R. — « 6... mars... 1930 ».

Spontanément : « On m'a trompée le jour de mon mariage, on ne devait pas me faire épouser mon mari ».

Q. — « A quel âge vous êtes-vous mariée ? »

R. — « A trente-trois ans ».

Q. — « Où habitez-vous ? »

R. — « Rue des Agrafes... rue des Tics... J'ai mal au cœur ».

Q. — « Où êtes-vous née ? »

R. — « Au Brésil, à Rio » (exact).

Eclats de rire. Persistance de l'ambivalence. « J'ai pris une tasse de café au lait sans sucre... Laisse-moi, je dors... Je veux bien guérir, mais je ne peux pas, j'ai mal au cœur... Je voudrais bien passer par la fenêtre ».

Q. — « Est-ce vous, Mme B. ? »

R. — « Non, je suis Mme Sans-Nom... C'est elle qui m'a endormie, rue du Château ».

La malade parle à voix basse, à peine distincte ; soudain, elle crie : « Marie, apportez-moi mon déjeuner, s'il vous plaît ».

Q. — « Quel âge avez-vous ? »

R. — « Je suis perdue ».

Q. — « Que sont devenus vos enfants ? »

R. — « Vous pouvez raconter ce que vous voulez ».

Q. — « Comment ça va-t-il ? »

Elle répète la question, et ajoute : « Mais ça ne va pas mieux... Pornichet, c'était la mer... Il n'y a pas d'erreur, je suis mal foutue ! »

D. — « Dites-moi les noms de vos enfants ? »

R. — « Gilbert, Colette et Bernard ».

D. — « Quel âge ont-ils ? »

R. — « Sept ans, huit ans, et extraordinaires. Jouer aux cartes, il fait froid, c'est la première fois qu'elle reçoit un baiser ».

Nous répétons la question.

R. — « Cinq ans, ce sont des soucis ».

10 heures 10.

« Je croyais que c'était mon anniversaire, mais il n'y a pas de danger... Mes habits, où c'est qu'ils sont ? »

10 heures 15.

Docilité aux piqures, la malade semble ne pas se rendre compte de ce que nous lui faisons.

Spontanément, elle veut prendre le porte-plume : « Ce n'est pas souvent qu'on écrit ici ».

Elle écrit : « Margoton — Marguerite ».

Nous lui parlons de ses enfants : « Ils n'ont pas ma bouche, je ne les ai jamais embrassés... Je ne veux pas aller dîner à l'air... Allons, marque cela... J'ai pris un de ces cafés au lait ! c'était bon ! »

Elle fredonne un air.

10 heures 30.

Persistance du syndrome de jeu. Refroidissement du nez ; pâleur du pourtour des lèvres. Les yeux sont brillants.

Pouls : 85. Tension : 9-12,5.

« De tout ce que j'ai eu de plaisir avec mon compagnon, il faudra faire pénitence ».

Q. — « Quel est ce compagnon ? »

R. — « C'est une bêtise ».

Q. — « Voulez-vous voir votre mari ? »

R. — « Frou... Frou... »

10 heures 40.

On fait venir quelqu'un pour chanter près de la malade ; on lui fait également entendre un air de piano. Elle reste immobile, les yeux fermés, semble écouter ; elle fredonne quelque chose qui ne ressemble pas à ce qu'elle entend. Quand c'est fini, elle reste immobile, puis demande : « C'est elle qui chantait à l'Apollo ? c'est la plus jolie. » On lui montre des bijoux, des objets de toilette ; elle prend une bague et dit : « Mets-la moi au petit doigt », puis, elle semble contente : « C'est joli... ce que c'est gentil... et après, on s'aimerait... Tu écrirais, Marguerite, ma chère amie, my dear friend ». Elle se poudre n'importe comment, sans se regarder dans la glace. Elle joue avec les autres objets, mais ne s'en sert pas d'une façon normale.

Elle appelle : « Marie ».

On lui demande pourquoi :

R. — « C'est pour prendre ton encolure ».

10 heures 50.

ÉPREUVE DU TEST DES MOTS INDUCTEURS :

Mots inducteurs	Réponses	Mots inducteurs	Réponses
Mort :	Amour.	Pécher :	Envie.
Travail :	Tabac.	Pitié :	Santé.
Danser :	Indulgence.	Prier :	Godd.
Mère :	Froufrou.	Se marier :	Coquette.
Malade :	Passé.	Fiancé :	Rêve de Valse.
Méchant :	Câlin.	Enfant :	Bébé.

Les autres mots inducteurs n'ont obtenu aucune réponse.

11 heures 15.

Elle chante très fort avec de grands éclats de voix et du théâtralisme. Suivant quelques exemples des paroles de ses chansons :

« Je ne t'aimais que pour te vendre dans la folie, au détriment de ma raison, quand je m'en vais toute seulette, frissonnante sous mes lambeaux, mon Dieu... »

« C'est lui qui m'a empêché de savoir me défendre, mais quelle malice, tout s'enflamme et cependant elle est belle ».

Elle s'arrête de chanter.

11 heures 30.

Pas de modification des symptômes neurologiques.

Elle dit : « Je voudrais être un peu comme les autres... Comment as-tu fait pour te sauver ».

Elle s'intéresse à ce qui l'entoure ; regarde la montre : « Il marche, ton petit réveil ? »

Elle entend le timbre d'une bicyclette : « C'est la bicyclette qui a eu le premier prix... Et si je répondais toujours le contraire ? »

On n'obtient que des réponses à côté. Aucun renseignement sur sa vie étant petite, sa famille, son école.

On lui donne un journal : « C'est le journal des enfants ».

Q. — « Où sont vos enfants ? »

R. — « Tu ne vois pas que je suis une enfant ? »

Elle chante de nouveau : « Tu étais bien un homme, mais tu n'étais pas une femme. Toute petite encore, je jouais la comédie, j'avais des amoureux, elle était gentille, la petite fillette ».

« Non, mais je rêve de plus en plus à l'amour. Quand je faisais mon marché, dans la rue, j'aimais les ouvriers, quand il va rentrer il n'aura pas de quoi se mettre dans le bec ».

Eclats de rire.

Les réflexes de posture ne sont pas modifiés. Absence de catalepsie. Persistance du signe de la langue de Kraepelin.

Q. — « Où alliez-vous en classe ? »

R. — « Tu me parles de cela au moment le plus dramatique ; j'allais dans la Seine, dans l'Oise ».

Q. — « Qu'appreniez-vous ? »

R. — « À aimer... Donne-moi encore la chose (elle montre son doigt pour désigner la bague) nous sommes coquettes chez nous ; tu ne l'enlèveras plus ». Elle embrasse la bague.

« Donne le pencil... Va-t'en, tu m'agaces ! »

Q. — « Où êtes-vous ? quelle est cette chambre ? »

R. — « C'est une chambre à dix francs ».

Q. — « Pourquoi êtes-vous ici ? »

R. — « C'est le Petit Noël qui m'a amenée ».

Q. — « Vous êtes internée avec des folles, pourquoi ? »

R. — « Parce que j'avais de la volonté ».

Q. — « Vous ne pourrez jamais sortir ».

R. — « Ça ne fait rien, je resterai ».

On lui montre son dossier :

R. — « Ça, c'est la maladie ».

Q. — « Êtes-vous donc folle ? »

R. — « Pour m'ôter ma folie, il faudrait beaucoup de chocolat ».

La malade continue à verbiérer. Retour progressif à l'état antérieur.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE superficiel au réveil de l'éthérisation. Intervalles de mutisme. Les premiers mots de la malade sont bien coordonnés : « Je veux rester là, je serai heureuse, je serai guérie ».

RÉINTÉGRATION très partielle : au début, quelques réponses exactes ; la malade a une conscience partielle de son état : « Je veux bien guérir ». A un moment, elle semble avoir conscience de son négativisme, elle nous dit : « Et si je répondais toujours le contraire ? »

ÉNUCLÉATION très restreinte. Aucune manifestation émotionnelle ; nous avons révélé l'absence complète d'affectivité. Elle n'exprime aucun regret, aucun désir. Au début de l'anesthésie, et même ensuite, aucune manifestation de peur ; il semble que l'instinct de conservation soit diminué.

CAPITAL PSYCHIQUE : L'attention sensorielle persiste. La malade parle des objets qui l'entourent ou des bruits qu'elle entend (la bicyclette, la montre). Elle est présente, mais l'attention affective est très déficiente. Nous notons également l'absence de spontanéité. Le test des mots inducteurs de Jung révèle la persistance pour la malade des associations d'idées, non seulement automatiques, mais logiques suivant la signification plus profonde des mots. Grande autonomie psychique, incapacité d'inhiber certaines idées parasites. Dans l'expression verbale la malade ne présente pas de phénomène syntaxique très prononcé.

MODIFICATIONS NEUROLOGIQUES ET PSYCHO-MOTRICES. —
Ether : Période d'excitation, rien.

Excitations combinées : Disparition de la catalepsie au bout de trois heures ; persistance du signe de la langue de Kraepelin. Aucune modification des réflexes élémentaires de posture.

*
**

Observation 16.

Epreuve à la Cocaïne (doses progressives), puis par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 02), Caféine (0 gr. 20), Strychnine (0 gr. 002).

ADRIENNE C. : 23 ans ; célibataire ; vendeuse dans un Magasin de perles.

Internée depuis un an.

COMPORTEMENT ACTUEL : Dissociation mentale. Ralentissement des processus idéatoires. Alternatives de périodes de mutisme et d'excitation. Ambivalence. Indifférence. Aucune activité spontanée.

Le certificat d'internement était ainsi conçu : « Syndrome héliophrénique. Discordance idéo-affective. Activité sans but. Gâtisme. Absence de négativisme ».

Absence de catalepsie (cependant, existence du signe de la langue). Les réflexes de posture segmentaires au niveau du bras et du jambier antérieur sont normaux. Les réflexes tendineux sont normaux. Absence du signe de Babinski. Les pupilles réagissent normalement à la lumière. Les réflexes d'accommodation sont également normaux. Tension artérielle : 6-10,5. Pouls : 68.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE

Mercredi 3 décembre 1930, 13 heures. — Cocaïne : 0 gr. 003.

La malade nous fait des réponses monosyllabiques ; persistance de l'état crépusculaire, contradictions fréquentes, se trompe de date.

13 heures 20.

Q. — « Quel âge avez-vous ? »

R. — « Dix-neuf ans ».

Elle nous dit qu'elle est arrivée en février, il y a de cela trois mois ; puis, peu de temps après, qu'elle est ici depuis janvier et que nous sommes au mois de mars.

Aucun changement dans l'état habituel de cette malade.

13 heures 40.

Tension artérielle : 6-10,5. Aucune modification neurologique.

Jeudi 4 décembre, 13 heures. — Cocaïne : 0 gr. 006.

La malade se présente exactement comme la veille : elle a bien dormi, aucune excitation motrice ; elle reste immobile, ne s'intéresse à rien, absence complète de spontanéité. Elle est toujours désorientée, se croit ici depuis un an ; elle répond par « oui » ou « non » ; contradictions fréquentes. Son attention est difficile à fixer.

14 heures.

Aucun changement de la tension artérielle et du pouls.

Vendredi 5 décembre, 13 heures 30. — Cocaïne : 0 gr. 009.

13 heures 40.

La malade nous dit simplement : « Je veux bien rester ici pour le repos de mes nerfs ».

Q. — « Pourquoi êtes-vous venue ici ? »

R. — « Parce que j'ai eu les nerfs malades après l'opération de l'appendicite ».

Q. — « La poudre que nous vous mettons dans le nez vous fait-elle du bien ? »

R. — « Ça donne de l'âcreté dans la gorge et ensuite elle part immédiatement dans les urines ».

Q. — « Que faisiez-vous à Paris ».

R. — « J'étais dans une bijouterie, je gagnais le dix du cent ; je mangeais chez moi le midi et je rentrais le soir à huit heures ».

Q. — « Aviez-vous des amis ? »

R. — « Des jeunes filles que je fréquentais ; je ne sais plus leur nom ».

Q. — « Que faisiez-vous le dimanche ? »

R. — « Quand il pleuvait nous allions dans les musées ; quand il faisait beau dans les squares ».

Q. — « Etiez-vous fiancée ? »

R. — « A Monsieur François S. ; il venait le soir ».

Q. — « Quel métier a-t-il ? »

R. — « Etudiant en doctorat ». Peu de temps après, la malade nous dit qu'il travaille dans les Arts et Métiers.

Persistance de l'ambivalence ; éclats de rire stéréotypés.

Q. — « Comment avez-vous connu votre fiancé ? »

R. — « Par une cousine... il est venu à Paris... puis il venait à la maison ».

Q. — « A quoi pensez-vous ici ? »

R. — « J'étudie un peu les cœurs qui se gouvernent par eux-mêmes ; selon le caractère du temps, je vois les gens dans les champs ».

Nous interrogeons la malade au sujet d'hallucinations auditives possibles :

R. — « Ce sont des voix complexes... ce n'est pas net... elles parlent de choses circonflexes... C'est parfois comme un téléphone ».

14 heures 30.

Pouls : 72. Tension artérielle : 6-11.

Les yeux sont plus brillants, la figure un peu plus animée que les jours précédents. — Aucune modification neurologique.

Nous interrogeons la malade sur ses distractions préférées :

« Je faisais du piano... du Mozart... J'ai été à l'Opéra, on jouait : La Grande Roue de la Fortune ».

Nous lui demandons de résumer une lecture : « Je n'ai pas lu, j'ai juste parcouru ».

Elle se rappelle le nom du journal. Prenant ce même journal, nous la faisons lire à haute voix un article où il est question de jeunes filles qui s'écrivent ; elle résume ainsi : « Il est question de Madame de Sévigné qui faisait faire la lecture par des dames de compagnie ».

Rire.

Q. — « Pourquoi riez-vous ? »

R. — « Ce sont les jeunes gens en dessous qui rient de moi ».

Q. — « Les avez-vous bien entendus ? »

R. — « Oui ».

Q. — « Que disaient-ils ? »

R. — « Ils riaient ; ce qu'ils ont dit, je n'ai pas compris ».

Q. — « Comment avez-vous su que ce sont des jeunes gens ? »

R. — « Au timbre de leur voix ».

15 heures.

« Je ne sais pas quand je partirai ; les premiers froids me font mal ».

Q. — « Quand partirez-vous ? »

R. — « Vers la quinzaine de septembre ».

Q. — « Que faites-vous ici ? »

R. — « Nous chantons, nous brodons, nous lisons, je ne m'ennuie pas ».

Q. — « Qu'est-ce que cette maison ? »

R. — « C'est pour me reposer des travaux que je faisais chez moi ».

Q. — « Etes-vous malade ? »

R. — « Oui, un peu les nerfs ».

Q. — « Comment vous soigne-t-on ? »

R. — « Par la cure d'air et les promenades ».

Samedi 6 décembre 1930, 13 heures 30. — Cocaïne : 0 gr. 012.

13 heures 35.

La malade reste assise ; elle sourit, répond tout au plus par « oui » ou « non » aux questions banales, et pas du tout à celles qui seraient susceptibles de l'intéresser davantage. Elle porte constamment les mains à son visage et se pince les narines, se lève pour aller à la fenêtre, où elle resterait indéfiniment.

Q. — « Que désirez-vous voir ? »

R. — « Rien ».

Elle prend fréquemment son mouchoir, crache dedans. Persistance des stéréotypies. Mutisme presque complet.

14 heures 30.

Pouls : 72. Tension artérielle de 6-11. Aucune modification neurologique.

Dimanche 7 décembre, 14 heures. — Cocaïne : 0 gr. 015.

14 heures 10.

Nous interrogeons la malade sur ses hallucinations :

R. — « C'était comme une voix mêlée, ça a d'autres vibrations... Il y a comme des petites bêtes qui parlent au-dessous de la terre ; elles ressemblent à des écureuils ».

Q. — « Les avez-vous vues ? »

R. — « Non, c'est d'après leur nom : « Chafouins » ; il y en a dans mon pavillon, c'est une voix presque humaine... Ce n'est pas la même voix que celle que j'ai dans la gorge et qu'on mélange à la mienne, parfois comme si on avait brisé ma propre voix pour la remplacer par une autre ».

Q. — « Est-ce celle qui parle en ce moment ? »

R. — « Oui, mais ce n'est pas mon son de voix ; je me rends souvent compte, on me parle dans la voix, c'est surtout depuis que je suis ici ».

Q. — « Quelles sont ces voix qu'on mélange à la vôtre ? »

R. — « Celles de mes parents, parfois cela vient de loin ».

La malade nous dit, spontanément : « Maintenant, ma lèvre bouge et je ne donne pas de son ; je pensais que c'était une force supérieure, un muscle qui serait plus fort que ma lèvre ; cette poussée, on dirait qu'elle vient de dessous la terre ».

« Quelquefois, quand je pleure quelques larmes, il y en a d'autres plus grosses, ça me fait l'effet qu'on me pleure dans mes yeux. Quand ma pensée est forte, on me la fait sortir par la bouche sans que cela donne de son ».

« Quand j'écris, j'entends répéter à mon oreille ce que je suis en train d'écrire. Parfois, je ne ressens plus le même visage ; j'ai l'impression qu'on met une ombre sur moi, un visage collé sur le mien, et aussi sur mon corps ».

« Des ombres chinoises s'agglomèrent sur mon corps, ça fait comme si j'avais l'image d'une autre personne sur moi ».

14 heures 30.

La malade a les pommettes rouges, le nez pâle et froid. Les yeux

sont brillants ; légère dilatation pupillaire ; réflexes à la lumière conservés normaux. Refroidissement des extrémités.

Pouls : 92. Tension artérielle : 6-11,5.

Q. — « Comment votre maladie a-t-elle commencé ? »

R. — « Le cerveau a été endormi par trop d'éther ; j'entendais les personnes trop lointaines ».

La malade est mieux orientée, elle sait que nous sommes en décembre 1930.

Q. — « Pendant la guerre, où étiez-vous ? »

R. — « En 1914, j'étais en France. En 1924, j'étais partie ; j'ai parcouru les différents pays fermés. En juillet 1923, j'étais endormie ; emportée en France. En 1924, endormie, emportée à Turin. En 1926, endormie au Japon pendant la formation de la terre ».

La malade verbigère de plus en plus. Stéréotypie des dates : « Les pingouins ont une force supérieure dans leur corps, elle donne une poussée mauvaise, ça fournit une image souterraine... Les chafoins ont la force dans les yeux verts, ça donne une lumière brillante qui fait clignoter les yeux ».

Lundi 8 décembre 1930, 14 heures. — Cocaïne : 0 gr. 018.

14 heures 05.

La malade demande à écrire : « Je cherche des solutions de problèmes fractionnés pour définir les différentes opérations ».

14 heures 15.

Nous interrogeons la malade sur son enfance, ce qui révèle une diminution, sur les jours précédents, de l'état crépusculaire.

R. — « J'ai quitté Berlin à trois ans ; je suis restée quatre ans en France, puis je suis partie en Italie ».

Elle fait des efforts d'évocation, cherchant à se rappeler les dates de ses différents voyages : « A sept ans j'ai été en classe au cours Sévigné ; à huit ans je suis partie en Italie pendant les vacances ; au retour on m'a remise dans cette école où je suis restée trois ans ».

« J'ai passé le certificat d'études à douze ans ; j'ai raté une première fois. On m'a fait faire une année d'école commerciale, puis je suis revenue au Cours Sévigné et cette fois j'ai eu le certificat d'études.

A seize ans, j'ai appris la dactylo dans une Ecole Pigier, c'était du côté de la rue La Fayette. A dix-sept ans, on m'a placée dans la maison B..., apprentissage au perçage, enfilage, polissage des perles ».

14 heures 30.

La malade fait de grands efforts pour fixer son attention : Elle cherche, fréquemment, elle s'interrompt et nous dit : « Je réfléchis, je cherche à me rappeler... Vers dix-neuf ans, j'ai travaillé pour mon père ; j'ai fait la place de Paris avec les bijoux. A vingt ans, le deux février, j'ai eu l'opération ».

La malade se perd dans les dates, elle hésite, se reprend.

Q. — « Quel a été votre plus grand chagrin ? »

R. — « Mon opération, parce que j'avais peur de mourir... Il y a eu aussi la grande guerre ; mais j'étais trop petite, je ne m'en sou-

viens plus... Dans le magasin où je travaillais, je pleurais parfois pour de petits ennuis d'atelier... il y avait des jalousies, parfois on avait des commandements trop arrogants contre moi ».

Spontanément, la malade cherche à se réintégrer dans le temps :
« Nous sommes en quelle année, s'il vous plaît ? »

14 heures 40.

Pouls : 96. Tension artérielle : 6,5-11,5.

Mydriose assez marquée avec légère exophthalmie et éclat exagéré de la cornée. Aucune modification neurologique, ni au point de vue moteur, ni pour les réflexes.

Q. — « Pensez-vous parfois à votre famille ? »

R. — « Autrefois, il y avait des scènes de famille, ma sœur ne voulait pas travailler ; ma mère voulait la placer ; mon père, lui, voulait la marier ».

Q. — « Que devient votre fiancé ? »

R. — « Je ne suis pas fiancée : c'est la maladie qui m'avait fait dire cela ».

Q. — « Qui donc est François S... ? »

R. — « Il venait tous les soirs, je sais qu'il venait pour choisir une fiancée. Maman disait toujours que c'était l'aînée qui devait se marier d'abord... C'est pendant ma maladie, un jeune homme est venu me voir... François... j'ai cru que mes parents m'avaient fiancée à lui, puisque ma sœur a dû l'épouser pendant ma maladie, mais je n'ai pas assisté au mariage... ».

15 heures.

La malade présente toujours une confusion assez marquée au sujet des faits récents, depuis le début de la maladie.

Q. — « Entendiez-vous déjà parler, lorsque vous étiez seule à Ste-Anne ? »

R. — « Oui, il y avait les voix des ouvriers dans la cave ; ils m'apelaient « petite chérie », « petite mignonne », mais, habituellement, je ne répondais pas... Il me semble que ma voix change, à chaque émotion, cela me fait cet effet ».

Quelques minutes après, spontanément, la malade nous dit : « A vingt ans, j'ai rencontré un jeune homme qui nous a fréquentés ».

Q. — « Qui donc ? »

R. — « François ».

Q. — « Et après, que s'est-il passé ? »

R. — « A vingt et un ans, j'ai été opérée ».

La malade demande un papier et de l'encre pour écrire.

Réapparition de la verbigération qui existe parfois, quoique très rarement, et surtout au début de l'internement.

La malade verbigère en écrivant : « Garsine, petite Française napolitaine qui est descendante des Mongols en l'an mil, sont revenues quatre populations différentes de races, la race blanche, noire, française ou norvégienne ou mongole... Napoli, succession de la Grande-Bretagne, la plus grande descendante, esclave de tous les pays provinciaux qui forment la plus grande campagne gauloise depuis Naples jusqu'aux frontières suisses... ».

8 heures 45. — *Ether.*

9 heures 30. — *Cocaïne* : 0 gr. 021.

11 heures 15. — *Caféine* : 0 gr. 20.

11 heures 30. — *Strychnine* : 0 gr. 002.

8 heures 45.

Période d'excitation. Refus de se laisser endormir : excitation vive. Le signe de Babinski est positif à droite. Ebauche de catalepsie. Aucune modification des réflexes de posture.

8 heures 51.

Période de sommeil. Abolition des réflexes cornéens. Réflexes rotuliens abolis également.

8 heures 55.

Période réveil. La malade regarde autour d'elle et sourit.

8 heures 58.

Larmes continues et silencieuses. Mutisme.

9 heures 10.

« Vous m'avez endormie pour me reposer ».

Q. — « Pourquoi avez-vous pleuré ? »

R. — « C'est le réveil de l'éther... C'est pour connaître l'indéfini de ma maladie. Ça me fait l'effet de me réveiller d'une nuit. Je voudrais dormir encore ».

Q. — « Pourquoi avez-vous eu peur en vous endormant ? »

R. — « Ça me fait l'effet de ne pas pouvoir respirer par les poumons ».

Q. — « Savez-vous la date actuelle ? »

R. — « Oui, 1930, le 9 décembre ».

Q. — « Quel âge avez-vous ? »

R. — « J'ai dix-neuf ans ; non, je ne suis plus sûre ! Comment se retrouve-t-on pour retrouver l'âge ? Je crois que c'est vingt et un ans ».

9 heures 30.

Nous interrogeons la malade sur ses hallucinations auditives :

R. — « J'entends parfois comme des voix d'église, lointaines, environnantes ; le son est indéfini ».

« J'entends des ouvriers qui travaillent dans la cave : ils n'ont pas leur pensée présente ; ils déguisent leur pensée. J'entends souvent, simplement un ronronnement ».

« Ils me lancent quelques pensées en me montrant mes qualités, ils me donnent des pensées neutres qui ne sont pas à moi ; ils me lancent une idée de flirt. Quand j'étais dans votre bureau, l'autre jour, j'entendais des voix distinctes, j'avais deux voix en moi. La pensée neutre ou l'extase est une voix en sourdine que la personne n'entend pas, et puis la pensée du travail. C'est comme s'ils devinaient ma pensée. A Paris, quand j'étais dans la cuisine, il y avait

déjà des voix souterraines ; cela me faisait croire qu'il y avait des ouvriers dans les caves ».

10 heures.

Pouls : 100. Tension : 6,5-11,5.

Respiration légèrement accélérée, difficile à compter, car la malade ne reste pas immobile. Excitation motrice assez vive.

Pâleur du nez et des lèvres. Mydriase des pupilles.

10 heures 10.

Q. — « A qui pensez-vous en ce moment ? »

R. — « Parfois à François ; je l'aimais comme un ami de la famille. peut-être aussi amoureuxment, je ne me rends pas bien compte ; je ne connaissais pas d'autres jeunes gens que lui ».

« Pendant mon sommeil léthargique au chloroforme, on m'a fait savoir qu'on ne m'annoncerait pas le mariage de François avec ma sœur par crainte de déception et de choc de nerfs si je l'avais aimé ».

La malade s'immobilise et reste muette ; elle fixe attentivement un coin de la pièce ; nous lui demandons ce qu'elle pense ; elle nous fait part d'un certain nombre de visions qu'elle prétend n'avoir encore jamais eues et qui semblent dues à l'intoxication à la cocaïne ; elle présente également quelques phénomènes auditifs :

« J'entends un bruit de force neutre qui environne les bruits faits par les autres personnes, cela ressemble au bruit d'une chute d'eau qui serait devant moi et les bruits de pas par derrière. Ce sont des bruits de vie formelle, c'est-à-dire qui ressemblent à la vie sans en être ».

« J'entends comme une horloge indéfinie, dans la hauteur... La plume avec laquelle vous écrivez, ça me fait l'effet qu'elle est beaucoup plus loin devant la porte. La pensée de la musique me donne la forme de l'idée ; je vois devant moi des formes comme des jeunes filles qui dansent dans un jardin ; elles sont de taille normale, leur robe est en voile de gaz blanc, la figure est foncée comme une personne naturelle ; quand le bruit est plus distinct les robes sont plus ombrées ; elles s'enfuient ».

10 heures 35.

« Je vois comme un fantôme squelettique grisâtre : il s'étend par terre ; il se met à genoux ; il semble incorporel ; une forme toute blanche est devant lui ».

« Un homme danse une danse auvergnate... Je vois des musiciens en noir, toute une foule ... Ceux de droite blanchissent et s'effacent ».

10 heures 45.

La malade a la figure immobile, comme figée, très pâle, les pupilles largement dilatées ; elle accuse spontanément une sensation de paralysie des dents et de la langue.

Il y a une amplification très nette des sons (la malade sursaute au moindre bruit) ; il y a aussi transformation des sons :

« J'entends un son de flûte campagnarde, une voix de chanteuse »... Elle se met à chanter en allemand.

« Je vois un orgue... Le son de la flûte persiste ; il y a des sons en mi très filants ; le chanteur s'est arrêté, il tourne la page ».

Depuis le début des phénomènes sensoriels, la malade reste assise appuyée en arrière sur ses deux bras : elle garde longtemps cette position fatigante. Elle fixe continuellement un coin de la pièce ; à aucun moment ses yeux ne s'en détachent. Parfois, elle désigne du doigt ce qu'elle voit :

« Des nuages, au milieu, je vois Dieu, la barbe est grise, la figure sombre comme celle d'un indigène... Une vipère verte sur le corps de Dieu ; j'ai l'impression que la vipère s'agrippe à Dieu comme à la statue de l'Hercule ».

« Une porte en bois marron, une jeune homme devant. Je le distingue aussi nettement que s'il était vivant ; son vêtement se lézarde, les genoux et les bras noircissent ; j'aperçois une épingle près du poignet... Une ombre courbée s'enfuit, le jeune homme c'est Jésus-Christ »...

« Je vois de nouveau ce jeune homme... Au loin un lac qui s'élargit, une lave enflammée, une espèce de cataracte rouge qui coule et devient bleue en tombant ».

La malade a fermé les yeux et continue à nous décrire ce qu'elle voit :

« Une rue de Paris, un trottoir... Un jeune pousse une porte et sort dans la rue... »

La malade ne trouve aucune ressemblance entre ce jeune homme et des personnes de sa connaissance : « Je n'ai jamais vu cela ».

« Je voudrais bien reposer, parler me fatigue, mais la distinction des objets ne me fatigue pas... J'ai un peu de suffocation de la gorge ».

12 heures.

Pouls : 110. Tension artérielle : 6,5-12.

Pâleur de la face, refroidissement des extrémités. Tremblement des paupières et des doigts. Catalepsie très marquée ; signe de la langue de Kraepelin.

Comme nous l'avons dit, la malade est restée environ une heure dans une position incommode avec une immobilité presque absolue. Les réflexes tendineux et cutanés ne sont pas modifiés. Absence du signe de Babinski. Réflexes de posture locaux du jambier antérieur et du biceps, type cataleptique, nettement exagéré dans la durée et l'intensité. Pas de réflexes antagonistes. Aucune modification des réflexes d'attitude générale qui fonctionnent absolument normalement. Phénomène de la roue dentée du biceps. Aucun trouble de la sensibilité.

12 heures 15.

La malade continue à parler de ce qu'elle voit ; son langage devient de plus en plus de la verbigération :

« A gauche, un espace noir, devant une personne féeriquement habillée en bleu... Ils bougent... Ça n'a pas vraiment une apparence

corporelle. Je suis allongée, mais les bruits que j'entends me font voir que je suis debout, assise et couchée ; ça le fatigue ; je suis comme dédoublée physiquement en trois personnes ».

« J'aimerais mieux avoir la tête plus basse ; non, c'est la même chose... Je me vois debout et couchée et mon moi entre les deux, ça me fait mal ».

12 heures 35.

Sueurs abondantes. Tremblement généralisé. Impression de froid :

« J'ai un grand besoin de chaleur... Je ressens un besoin de dormir... Ça me fait l'effet d'être en convalescence d'une maladie ».

La malade reste longtemps couchée, enroulée sous ses couvertures. Elle répond à peine aux questions.

14 heures.

Le pouls n'est plus qu'à 92. Les réflexes de postures sont normaux ; absence du phénomène de la roue dentée. L'état neurologique est devenu comparable à l'état précédant l'expérience.

Peu à peu, réapparition totale de l'état antérieur.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE partiel qui s'est surtout manifesté avec la cocaïne. A la fin, la verbigération surajoutée, d'origine toxique, masque le fond mental. Au réveil de l'éthérisation, la malade a pleuré ce qui ne lui arrive jamais habituellement.

RÉINTÉGRATION progressive correspondant à l'augmentation des doses de cocaïne. Il semble que la malade prenne mieux conscience du morbide ; elle nous dit : « Je ne suis pas fiancée, c'est la maladie qui m'a fait dire cela ». Au réveil de l'éthérisation, elle est mieux insérée dans le temps ; elle a progressivement repris conscience d'elle-même, du temps écoulé et de l'ambiance. Il y a eu diminution partielle et non durable de l'état crépusculaire.

ÉNUCLÉATION : elle fait le récit d'une récente déception ; elle aurait espéré épouser un jeune homme français qui venait souvent chez elle et qui s'est marié avec sa sœur. A de rares moments, intervalles lucides.

Hallucinations : à plusieurs reprises, elle entend rire et parler au-dessous d'elle : « Ce sont des jeunes gens qui lui font la cour ».

CAPITAL PSYCHIQUE. La malade semble moins dissociée. Il y a diminution de l'incoordination. *Intérêt plus marqué.* Evocation plus facile des souvenirs. *Diminution de l'inertie habituelle.* Réintégration dans le réel.

RÉSULTATS NEUROLOGIQUES ET PSYCHO-MOTEURS.

Ether : Signe de Babinski positif à droite. Ebauche de catalepsie.

Cocaïne : Catalepsie très prononcée. Réflexes élémentaires de pos-

ture exagérés. Phénomène de la roue dentée du biceps. Pouls : 110.
Tension artérielle : 6,5-12.

*
**

Observation 17.

Epreuve par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 04), Caféine (0 gr. 20), Strychnine (0 gr. 001).

MARTHE D. : 31 ans ; sans profession, internée depuis 3 ans.

COMPORTEMENT ACTUEL : Cette malade est indifférente (les visites de sa famille et de son dernier enfant la laissent insensible). Parle très rarement surtout en patois belge et présente des alternatives de mutisme et de loquacité incohérente. Impulsions fréquentes. Inertie habituelle.

Absence de catalepsie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

8 heures 40. — *Ether.*

Période d'excitation : le signe de Babinski est légèrement positif à gauche. Absence de catalepsie.

Période de sommeil : 10 minutes. Résolution musculaire.

8 heures 50.

Réveil : sanglots, larmes, gémissements inarticulés.

9 heures.

Changement de l'expression : toute la figure devient souriante, l'attention se fixe sur l'entourage ; mutisme persistant.

9 heures. — *Cocaïne* : 0 gr. 04.

10 heures 10. — *Caféine* : 0 gr. 50.

10 heures 15. — *Strychnine* : 0 gr. 001.

9 heures 8.

La malade tend les bras vers le médecin ; elle dit : « C'est elle qui parle toujours, là-bas ». Pleurs. Elle répète, plusieurs fois : « Elle a été s'asseoir là-bas ; c'est dimanche, aujourd'hui ».

9 heures 25.

Plusieurs mots incompréhensibles. Eclats de rire.

Q. — « Où est votre mari ? »

R. — « Je n'en sais rien... dans ma poche... Alors, on ne va pas à la soupe, on va manger de la purée. Ecoutez un peu ».

Echolalie (elle répète plusieurs fois la fin de nos questions).

Q. — « Comment vous sentez-vous ? »

R. — « Oui, je me sens moins bête... A qui parlez-vous ? vous êtes bien méchante !... Qu'est-ce qu'elle écrit ?... C'est dimanche, aujourd'hui... Prêtez-moi le crayon ».

Soliloque, rire, attention spontanée. Elle regarde ce que nous faisons et devient présente à ce qui se passe. Elle lit le journal (absence de réflexions sur cette lecture).

10 heures 10.

Excitation motrice très vive.

Q. — « Etes-vous mariée ? »

R. — « Je suis mariée légitimement ».

Elle prend une montre et l'attache à son bras d'une façon normale, prend un papier, écrit son nom.

Nous lui parlons de son internement ; elle siffle, et dit : « On va à la soupe ». A l'annonce d'un événement triste — (nous lui avions dit que sa mère était morte) — elle cherche à porter son attention ailleurs et puis, spontanément : « Non, non, elle n'est pas morte ; non, elle n'a pas écrit ! » Immédiatement, elle se met à rire.

10 heures 45.

Rire persistant ; aucune communicabilité.

12 heures.

Elle rentre dans son mutisme habituel ; l'excitation a cessé complètement.

CONCLUSIONS.

DÉBLOCAGE. Effets nuls de l'éthérisation. Effets plus rapides de la cocaïnisation. Après l'éther : phénomènes d'interférences. Les réponses provoquées et spontanées sont très limitées.

RÉINTÉGRATION très incomplète et passagère. La malade *semble un peu mieux insérée dans le réel*, elle s'occupe de ce qui l'entoure.

ÉNUCLÉATION superficielle : nous n'avons pas touché les couches profondes de l'inconscient. Nous avons effleuré seulement quelques complexes affectifs et révélé l'incoordination mentale.

CAPITAL PSYCHIQUE. Affectivité et émotivité très restreintes. Rires et pleurs à caractères neurologiques.

PHÉNOMÈNES PYRAMIDAUX ET EXTRA-PYRAMIDAUX. Le signe de Babinski est légèrement positif à gauche durant la période d'excitation de l'anesthésie par l'éther. Absence de catalepsie.

*
**

Observation 18.

Première épreuve par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 06), Caféine (0 gr. 02), Strychnine (0 gr. 001). — Deuxième Epreuve au Chanvre indien : extrait hydro-alcoolique mou de *Cannabis indica* (0 gr. 15).

ODETTE C. : 23 ans, célibataire. Vendeuse de chaussures. Internée depuis novembre 1929.

COMPORTEMENT ACTUEL : Mutisme. Gâtisme. Stéréotypies des attitudes et des actes. Négativisme. Impulsion. Fugue deux ans avant l'internement.

EXPLORATION PHARMAGODYNAMIQUE.

9 heures 45. — Ether.

Période d'excitation normale. Signe de Babinski positif des deux côtés.

9 heures 52.

Réveil : La malade pleure ; petits cris, larmes abondantes. Elle répond simplement par « oui » et « non » aux questions posées.

10 heures. — Cocaïne : 0 gr. 06.

10 heures 10. — Caféine : 0 gr. 02.

10 heures 25. — Strychnine : 0 gr. 001.

10 heures.

Aucune réaction aux questions. Absence de spontanéité.

10 heures 15.

Nous l'accusons d'avoir volé. Elle proteste, rit, et dit : « J'ai trouvé, mais j'ai donné ».

La malade fait attention à ce qui se passe autour d'elle, elle remarque des boucles d'oreilles.

Elle se défend contre la piqure de caféine, rires, larmes.

« C'est un monsieur qui... » Larmes.

10 heures 10.

Elle dit spontanément : « Je veux aller en Normandie... Je suis à la Maison des folles... Je vais aller me marier avec.. ».

Elle sourit et dit : « Pardon ».

10 heures 24.

Elle proteste contre la piqure de strychnine, se défend et dit : « Vous êtes méchante ».

Catalepsie. Stupeur catatonique. Elle ferme obstinément les yeux (ses paupières tremblent). Suggestibilité. Signe de la langue de Kraepelin.

10 heures 40.

Persistance de la catalepsie.

Q. — « Que faisiez-vous l'an dernier ? »

R. — « L'année dernière, en été, je suis tombée malade ; j'étais à Nantes, dans une pâtisserie, chez ma tante. J'ai mis les fleurs dans les gâteaux » (mouvements de décharge).

Instinct de conservation assez vif.

10 heures 50.

Phénomène de la roue dentée du biceps.

Elle fait une série de grimaces et dit : « Vous n'allez pas faire de cuisine ? » Elle pleure. Echolalie. Stéréotypies verbales.

Aucune spontanéité, sauf dans les réactions de défense au moment des piqures et au début de l'anesthésie.

*
**

Quelques jours après, nous faisons avec le Hachich une deuxième expérience sur la même malade :

Epreuve au Hachich : Extrait hydro-alcoolique mou de *Cannabis indica*. Dose : 0 gr. 15 (en deux fois, à 8 heures et à 9 heures).

Le médicament aggrave la stupeur et la catatonie-catalepsie.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE très superficiel. Phénomènes d'interférences émotionnelles ; rires et pleurs.

RÉINTÉGRATION partielle : Elle est insérée dans la vie réelle ; ses réactions sont plus adéquates.

ÉNUCLÉATION très incomplète : Elle exprime le désir de s'en aller et de se marier ; évocations très fragmentaires de sa vie passée.

CAPITAL PSYCHIQUE : Absence de spontanéité et dissociation mentale très prononcée. Phénomène de fatigabilité, perte de la vigueur mentale à peine modifiée par l'expérience. Les réponses, commencées normalement, s'achèvent par un murmure indistinct, devenant de plus en plus aphone ; seul, le mouvement des lèvres persiste quelques secondes.

SYNDROME NEUROLOGIQUE ET PSYCHO-MOTEUR : Catalepsie. Phénomène de la roue dentée du biceps. Avant l'expérience, cette

malade ne présentait, comme symptôme de la série catatonique, que du négativisme intermittent et léger ; mais, sous l'influence de l'excitation chimique combinée, et surtout après la strychnine, nous avons révélé un syndrome catatonique complet (débutant à 10 heures 25 et durant jusqu'à la fin de l'expérience) où domine la suggestibilité, la catalepsie, ainsi que la conservation et persévérance des attitudes, et le signe de la langue de Kraepelin. En même temps nous avons constaté le réflexe de posture du bras et le phénomène de la roue dentée de Foix et Thévenard.

*
**

Observation 19.

Epreuve par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 05), Caféine (0 gr. 20), Strychnine (0 gr. 001).

MATHILDE D. : 38 ans. Célibataire. Couturière.

Les troubles mentaux ont débuté en 1914. Elle a été internée deux fois, la dernière fois en 1928.

COMPORTEMENT ACTUEL : Stéréotypies motrices. Négativisme. Malpropreté. Gâtismes. Alité. Alternatives de stupeur motrice et d'impulsions. Crises fréquentes de sitiophobie. Mutisme complet : au premier abord, réponses monosyllabiques ; au bout de quelques instants, aucune réponse. Absence complète de spontanéité.

Catalepsie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

9 heures. — Ether.

Période d'excitation : persistance de la catalepsie.

Le signe de Babinski est positif des deux côtés. L'excitation est normale au début de l'anesthésie.

Période de sommeil : 10 minutes.

9 heures 10.

Période de réveil : pleurs, cris, gémissements ; elle dit : « J'ai été malade... Bonjour, je voudrais t'embrasser ».

9 heures 20. — Cocaïne : 0 gr. 05.

9 heures 40. — Caféine : 0 gr. 20.

9 heures 45. — Strychnine : 0 gr. 01.

Elle dit, spontanément : « Je voudrais savoir si l'opération a bien réussi pour pouvoir chercher le Pasteur... J'avais vu Mme D. (une

infirmière) qui m'avait dit « Dis donc, Mathilde, tu n'es pas un peu folle de rester comme ça sans regarder personne autour de toi ».

On lui demande le nom de quelques objets :

« Ça, c'est un porte-plume pour écrire à Maman qu'elle vienne me chercher ».

10 heures.

Elle dit une phrase en italien.

Le négativisme persiste (refus de faire les actes commandés).

Catalepsie.

Nous lui disons qu'elle est chez les folles. Mimique adéquate ; protestations : « Je veux aller chez moi, aller pour chez elle ».

Nous lui affirmons que sa mère est méchante ; protestations : « Mais non, elle est gentille, tu sais, maman ».

10 heures 15.

Elle ne répond plus à aucune question.

11 heures.

Elle nous fait comprendre qu'elle a eu la sensation d'une douleur brusque dans la jambe.

La malade retombe peu à peu dans le mutisme. Réapparition de l'état antérieur.

Le lendemain.

Retour à l'état démentiel. Sitiophobie.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE partiel : (larmes, chagrin réel, émotivité adéquate).

RÉINTÉGRATION partielle. Elle est bien insérée dans la **vie réelle**. L'autocritique est conservée (elle sait qu'elle est malade). Cependant, gros troubles de la personnalité (se traduisant, entre autres, par ce fait, qu'elle ne peut parler d'elle qu'à la troisième personne)..

ÉNUCLÉATION spontanée plus marquée. Les réponses sont assez précises ; les phrases sont courtes. Elle exprime son désir de retourner chez elle. Les sentiments de famille semblent normaux.

CAPITAL PSYCHIQUE : Dissociation mentale. Pensée par îlots autonomes, absence de lien logique. Persistance de l'inertie.

SYNDROME NEUROLOGIQUE ET PSYCHO-MOTEUR : Syndrome catatonique persistant et exagéré. Lors de l'éther, signe de Babinski bi-latéral.

*
**

Observation 20.

Epreuve par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 04), Caféine (0 gr. 20), Strychnine (0 gr. 001).

PAULETTE S. : 21 ans. Célibataire. Sans profession.

Internée en août 1927. Etat stationnaire depuis l'entrée. Conflits sociaux précoces.

COMPORTEMENT ACTUEL : Indifférence. Demi-mutisme. Barrage de la volonté. Après de nombreuses incitations, réponses incomplètes, grossièretés. Maniérisme. Gâtisme. Sitiophobie incomplète. Impulsions, accès de fureur. Hostilité. Automutilation. **Aucune activité spontanée.**

Réflexes rotuliens normaux ; absence du signe de Babinski. Absence de catalepsie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

8 heures 40. — Ether.

Période d'excitation : réactions de défense et de peur au début. Pas de signe de Babinski. Pas de catalepsie.

8 heures 47.

Période de réveil : elle regarde ce qui l'entoure, mais, à l'interrogatoire, on n'obtient aucune réponse.

8 heures 55. — Cocaïne : 0 gr. 04.

9 heures. — Caféine : 0 gr. 20.

9 heures 30. — Strychnine : 0 gr. 001.

9 heures 10.

« Je suis endormie, vous m'avez endormie à l'éther... Je ne sais pas depuis combien de temps je suis là, il n'y a pas de calendrier... Il fallait me mettre dans la salle avec les autres ».

Q. — « Comment allez-vous ? »

R. — « J'ai envie de dormir... Non, je n'ai pas mal au cœur, je n'ai rien pris ce matin ».

9 heures 15.

La malade se laisse faire les piqûres, contrairement aux autres fois.

« Pourquoi que vous avez mis mon nom sur le livre ?... Je ne fais rien toute la journée ; mais non, Madame, je ne sais pas ».

Ces phrases sont prononcées sans aucune mimique, sur un ton indifférent.

9 heures 30.

Légère animation ; maniérisme.

« Pourquoi la jeune fille écrit-elle sur un livre ?... Mais pourquoi suis-je au lit ?... Je n'ai rien à moi, ici, c'est la chambre de Mme A. (exact). Je n'ai rien à moi... Tu m'avais dit que tu ne me séduirais pas et tu me regardes tout le temps... Tu vas lui en écrire comme ça cinq volumes ? elle parle à la personne qui écrit près d'elle)... Je ris, je croyais que c'était votre éther que j'avais avalé ».

Q. — « Où habitez-vous ? »

R. — « Je ne sais pas mon adresse, je n'ai pas encore trouvé... Je l'aime autant que toi puisque tu ne fais rien ».

Q. — « Que faisiez-vous étant petite ? »

R. — « J'allais au cours Jeanne d'Arc, je ne sais pas... sciences... langues ».

Q. — « Votre papa est-il mort ? »

R. — « Mais non, je l'ai vu dehors... L'église St-Jacques, l'église du Haut-Pas... Le dimanche, j'allais en auto ou à pied... Mais tu es bien curieuse ».

Rire. « Elle va peut-être claquer la petite infirmière... Tu m'as fait faire le tour du monde ».

10 heures 15.

On lui présente des objets divers : « Ça, c'est de l'argent français ; j'ai l'argent, et la clef de Monsieur ; je ne voudrais pas avoir envie d'y toucher ».

« Ce n'est pas bien, tu m'as endormie. Je ne veux pas dormir devant un Monsieur, c'est trop fort, c'est les lois de la politesse ». (Un interne est présent à l'interrogatoire.)

« Arrête-toi d'écrire, tu vas faire un pâté... Est-ce que ta petite femme va s'arrêter d'écrire ? »

Q. — « Etes-vous fiancée ? »

R. — « Je ne suis pas mariée ; je n'ai pas d'alliance ».

« Je suis fatiguée ». Elle pleure. Elle joue avec l'argent : elle compte bien.

Q. — « Où êtes-vous ? »

R. — « A Maison-Blanche. C'est le bain et les travaux forcés. Ah, oui, j'ai compris... ».

Elle touche les vêtements, et dit : « Ah, pardon, Monsieur ».

11 heures.

Persistance du maniérisme.

Elle reconnaît les personnes qui l'entourent.

« J'ai eu tort de l'aimer, c'est lui qui m'a hypnotisée ».

Hyperesthésie subite : « Ah, Mademoiselle, comme j'ai eu peur ».

Elle touche le chien du médecin.

Pleurs, cris, sanglots, excitation : « Ah, pourquoi, vous remuez... Je souffre de l'éther... Ce que je lui en ai fait des vertes et des pas mûres... Mais c'est quelque chose de terrestre, de physique ».

On lui dit : « Allez, mon vieux ! » Elle répond, en protestant : « Mais non, je ne suis pas un homme ».

« Assez, j'ai peur, il y a du danger !... »

Excitation. Le langage de la malade devient de plus en plus monosyllabique. Demi-mutisme. Retour à l'état habituel.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE superficiel incomplet. Les effets de l'éthérisation ont été nuls. L'excitation combinée (cocaïne, caféine, strychnine) a produit les phénomènes suivants : Affectivité très déficiente. Les réponses sont exactes et bien coordonnées (pas mariée : elle n'a pas d'alliance ; elle ne sait pas la date : elle n'a pas de calendrier). La mimique est plus adéquate (suppression de la paramimie), cependant, le maniérisme persiste, de même que l'écholalie et les stéréotypies verbales.

RÉINTÉGRATION incomplète. Bien insérée dans le réel, elle se rend compte de tout ce qui se passe autour d'elle, semble s'y intéresser, y prendre part. On note, d'autre part, le *changement complet de la formule affective sociale* (l'hostilité a disparu).

ÉNUCLÉATION : Elle n'a pas parlé de sa famille, elle n'a énucléé aucun complexe affectif. Phénomènes d'interférence émotionnelle. Nous notons l'importance des symptômes d'incoordination psychique.

AUCUN SIGNE NEUROLOGIQUE pyramidal ou extra-pyramidal.

*
**

Observation 21.

Première Epreuve par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 04), Caféine (0 gr. 20). Deuxième Epreuve au Hachich (extrait hydro-alcoolique mou de *Cannabis indica*, 0 gr. 15).

RAYMONDE C. : 28 ans. Employée de téléphone. D'après les renseignements de sa famille, début de la psychose en 1920. Internée en mai 1929.

ÉTAT ACTUEL : Indifférence. Inertie complète. Incohérence. Propos grossiers et stéréotypés (verbigération). Impulsions violentes. Absence de catalepsie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

9 heures 50. — *Ether*.

Période d'excitation normale. *Pas de catalepsie*.

9 heures 59.

Période de réveil. La malade dit : « C'est incroyable de souffrir comme ça ».

10 heures. — *Cocaïne* : 0 gr. 04.

10 heures 30. — *Caféine* : 0 gr. 20.

10 heures 05.

La malade dit spontanément : « Je suis contente, j'ai un peu souffert de la respiration ».

10 heures 15.

Q. — « Où êtes-vous ? »

R. — « Je suis à l'infirmerie ».

Excitation incohérente : « Papa n'est pas là ?... Vous m'aimez, Madame ?... C'est bientôt fini, Madame ?... »

10 heures 30.

Q. — « Que désirez-vous ? »

R. — « On m'emmène au réfectoire pour manger. C'est mon oncle qui est mort ».

Q. — « Quel âge avez-vous ? »

R. — « J'ai vingt-quatre ans ».

Q. — « Où travaillez-vous ? »

R. — « A l'Ecole de N..., chez M. le Curé (exact) ».

Arrêt des réponses ; fatigue ; effort d'évocation.

Q. — « Voulez-vous voir votre fiancé ? »

R. — « Non, ne le laissez pas entrer, je ne suis pas beau tout entier... Madame, j'ai souffert, qu'en pensez-vous ?... Je suis venue avec Maman, on ne bouge pas, on est sage et ordonnée toujours ».

Excitation brusque. Elle est attentive à ce qui se fait autour d'elle.

« J'ai peur de trop souffrir, Monsieur le Curé m'a dit d'être très bien ; c'est dur de travailler ».

Elle regarde une image, et dit : « Ce n'est pas moi, celle-ci ».

Q. — « Où sont vos parents ? »

R. — « J'ai une tante dans le Midi. Oh, Madame, il ne faut pas abuser !... »

Grimaces, clignements d'yeux. Légère coordination dans la verbification.

10 heures 55.

Aucune réaction lorsque nous l'accusons d'un vol ; elle répond : « Je ne peux pas, je ne l'ai plus, fatiguée, ce n'est pas dire, pas trop, beaucoup ; je savais, je ne me rappelle plus, c'est parti ».

Q. — « Où est votre mari ? »

R. — « Ce n'est pas moi, C... jeune fille ».

Toutes les sensations physiques sont bien analysées (nausées, impressions de besoin de mouvement après la piqûre de caféine).

Q. — « Pourquoi êtes-vous à l'Asile de Maison-Blanche ? »

Elle pleure.

Q. — « Vous êtes ici parce que vous avez tout cassé chez vous ? »

R. — « Mais, non, ce doit être vous. C'est vous qui passez avec de beaux chiens ».

Q. — « Votre mère est gravement malade ».

Elle évite de répondre ; au bout de quelques instants, elle dit :
« Qu'est-ce qu'on me veut, maintenant, ce n'est pas possible ».

Q. — « Vous aviez un médecin ? »

R. — « Oui, le nom m'échappe ».

Q. — « On téléphone de chez vous ; que dire ? »

R. — « Que ça va, qu'on vienne me chercher... Ma robe ? »

11 heures 30.

La malade ne répond plus aux questions.

12 heures.

Retour progressif à l'état antérieur.

*
**

Deuxième Epreuve à l'extrait mou hydro-alcoolique de *Cannabis indica* à la dose de 0 gr. 15, en deux fois : 6 h. 30 ; 7 h. 30.

8 heures 15.

Elle dit spontanément : « C'est pour une consultation, on m'a piqué le doigt, puisque j'avais été ».

Q. — « Où habitiez-vous ? »

R. — « Il n'y a pas... Noisy-le-Sec... »

« Vous étiez passée, oui, il y a quatre jours... Mais vous seriez mieux à travailler dans votre bureau... Il n'y avait pas à venir ici ce matin ».

Q. — « Quelle couleur était votre robe ? »

R. — « Je suis, je ne suis pas, en gris... Partez dans votre bureau, ça me gêne, fermez le livre ».

8 heures 30.

On lui dit qu'elle est internée.

R. — « Je n'aime pas... je ne veux pas... rester... vais dehors... mais j'attends ».

9 heures.

Excitation motrice.

« J'étais au 6... les draps n'étaient pas... » (elle cherche le mot, sans le trouver).

Q. — « Que voulez-vous ? »

R. — « Mets ma robe pour dehors ».

« Pourquoi venez-vous ici ?... Je ne veux pas... j'entends... non... non... toujours sur le lit... Il y a quatre ou sept jours on m'a fait... » (Elle montre son bras où on lui a fait une prise de sang.)

« Je ne suis pas... je suis... j'aime... je n'aime pas... pour sortir, j'ai peur... j'ai peur de trop souffrir ».

Excitation motrice très marquée ; la malade change constamment de position. Elle cherche à s'emparer de tout ce qui est à sa portée.

Elle demande : « Je partirai, dites ?... Je ne veux pas de piqûre, je me lèverai... »

Elle se met à crier : « Qu'est-ce que c'est ? je ne veux pas rester là... me rappeler ».

Q. — « Où êtes-vous née ? »

R. — « J'ai peur du maillot... Je suis... je ne suis pas... à Noisy-le-Sec. Je ne veux pas que vous écriviez, vache..., cochon... Je ne suis pas gentille... Je n'aime pas... j'entends !... »

On lui montre une gravure sur un journal : « Non, ce n'est pas mon fiancé, il n'est pas beau... Reprenez, Madame, je ne veux pas vous priver ».

« Oui, ça m'intéresse, j'étais venue pour piqûre ; je ne comprends plus maintenant... ».

9 heures 50.

Pouls à 95. Le faciès est rouge, les yeux brillants.

Maniérisme persistant.

« On m'a pris les lectures ».

Elle dit des grossièretés.

« Vous partiez, alors, je ne veux pas ».

10 heures.

« Fermez le livre, je sortirai... je pourrai me lever »...

« Je suis, je ne suis pas... j'aime... je n'aime pas... »

Stérotypies. Verbigération. Retour à l'état antérieur.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAÏE partiel. Après l'action de la cocaïne les premiers mots sont : « C'est incroyable de souffrir comme ça ».

RÉINTÉGRATION incomplète. Cependant elle est insérée dans la vie réelle et semble beaucoup plus présente que de coutume à ce qui l'entoure.

ÉNUCLÉATION. L'activité spontanée progresse sous l'influence de l'excitation. La malade s'exprime comme les paraphasiques ; elle emploie une série de mots à côté avant de trouver le mot juste. On retrouve dans le discours certains mots privilégiés revenant extrêmement fréquemment. Persistance de l'écholalie. Phénomènes d'itération verbale. Elle répond exactement aux questions posées, mais l'évocation est lente. Elle exprime le désir de s'en aller, disant qu'elle souffre ici. Elle analyse avec précision ses sensations cénesthésiques qui semblent améliorées : « Je suis contente ».

CAPITAL PSYCHIQUE. Les sentiments de famille sont conservés. L'émotivité est normale. Elle a conscience de son état. On constate la conservation du stock des idées, des souvenirs, mais aucun souvenir émotionnel prédominant. Persistance de la dissociation mentale. Importance des phénomènes de barrage.

Aucune MODIFICATION NEUROLOGIQUE OU NEURO-PSYCHIQUE.

*
**

QUATRIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Observation 22

Epreuve au Peyotl 18 cm³ de solution alcoolique au 1 10^e d'extrait mou hydro-alcoolique de Mescal-buttons).

MADELEINE B. — 32 ans, célibataire, Sténo-dactylo. Internée depuis juin 1929.

COMPORTEMENT ACTUEL : Ambivalence. Verbigeration. Nombreuses stéréotypies verbales. Indifférence. Inertie interrompue par des impulsions fréquentes. Le certificat d'internement était ainsi conçu : « La malade présente un syndrome hébéphrénique avec agitation intellectuelle, désordre des actes ; incapacité de tout travail ».

Absence de catalepsie, aucun phénomène anormal pour la motricité du système pyramidal et extra-pyramidal.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

8 heures. — 18 cm³ d'une solution au 1 10^e d'extrait mou d'hydro-alcoolique de Peyotl.

8 heures 10.

Pouls : 92. Tension artérielle : 6-11.

9 heures.

Nous interrogeons la malade sur son enfance :

R. — « J'habitais à V. avec mon père et ma mère. C'est un groupe de maisons, une compagnie horticole. Mon rayon était limité : tous les enfants ne passent pas sous les pattes des chevaux : les enfants voient clair au contraire, certains même conduisent les animaux le long des routes et les empêchent de se faire écraser. Les enfants des villes ont plus de distractions qui vont avec le portemonnaie de leurs parents. J'ai eu des camarades dans les jeux et dans ma famille car je n'étais pas fille unique, j'avais une sœur à peu près de mon âge : on nous a toujours prises pour deux jumelles ».

« J'ai fait des voyages en Seine-et-Oise, ma sœur aînée m'emménait dans ses postes, elle était institutrice. J'ai été à Etampes, c'est une ville déserte, mais les gens sont très curieux paraît-il, ils regar-

dent derrière leurs persiennes ; ce sont pour la plupart des paysans fermiers. J'en ai déduit que bien des Parisiens enrubannés, parfumés, pourraient rêver à leurs volailles, à leurs chevaux, à leurs cultures. Ils éprouvent le besoin d'en voir ; n'en voyant pas à Paris, ils vont en voir à l'écran ».

« Je pense aussi à Tours, ça me rappelle Anatole France ; j'ai lu beaucoup de ses livres, on peut ainsi retrouver son esprit ».

« J'avais parfois le besoin de manger chez les autres, ça me semblait splendide ; mes parents avaient vraiment une condition médiocre, mon père s'occupait des chevaux ; il y avait une odeur de crottin dans la cuisine où nous mangions ».

« J'ai toujours préféré les autres à moi-même ; je ne me considérais pas comme un phénomène, sauf pour le brevet élémentaire, j'étais contente de l'avoir réussi ».

9 heures 40.

Léger essoufflement. Sensation de poids sur la poitrine.

« Je posais mes desiderata sur des cœurs d'artichauts et je ne l'étais pas moi-même ; on me lançait la balle. J'ai eu des camarades auxquels je tenais mais ils m'ont plaquée ».

10 heures 30.

Pouls : 112. Sueurs. Tremblement des mains. Respiration accélérée, un peu haletante. Légère mydriase, rougeur de la face. Signe de l'oreiller psychique.

« J'aurais plutôt dû penser que c'étaient des amours garçonnières ; quand on aime au Quartier Latin, ça prend ces allures-là ; c'est comme lorsqu'on est repasseuse ou modiste, on peut chanter « Ah, ça ne va guère, ça ne va plus ». Trop de crayon et de porte-plume dans mes amours avec Jean P. »

« Je travaillais dans l'or public. Ministère des Finances ; il y avait des papotages et des ragots qui ne m'atteignaient pas. Je faisais machine arrière dans l'horloge des temps ; ces papotages sont tellement vrais qu'on a mis des glaces dans le restaurant où je mangeais avec Jean. À la suite de cela, il a espacé ses visites. Il a fait l'occupation de la Rhur ; ragots graves qui ont touché ma correspondance, indiscretions de portiers, peut-être de journalistes, ça a touché la foi au serment ».

11 heures.

« Jean m'a donné rendez-vous au Luxembourg. Concordia, une pension où on ne doit pas voir un homme d'une façon suivie ; je n'ai pas parlé de mes affaires intimes ; on me renvoyait une balle au sujet du mariage ; j'ai pu donner l'impression d'une femme qu'on ne lâche pas.

« Je sais que l'on revient après la mort ; j'ignorais cela étant avec Jean, mon impression sur la mort et sur les cimetières a changé. »

« Dans une voiture, cellulaire, c'était un mail-coach, les mailles se rapprochent. Transbahutement inimaginable avec des choes, des fissures ; c'était un forfait, cette voiture cellulaire, comme des gens qui regardent de leur chambre d'hôtel la montagne. Jean est né dans les

Pyrénées ; j'étais habillée avec une robe violette ; j'ai ressenti les coups et les contre-coups d'un touriste qui voit et ressent ; j'ai pu penser que c'était Jean qui me jouait ce tour-là. J'ai dit : non, il n'est pas le touriste. Cette promenade en voiture cellulaire a été au-delà de ce qu'on peut imaginer ; c'est une raillerie énorme sur les Luna-Park ; je ne raillais pas les montagnes suisses ni le water-chut, ni le hameau de Jean, ni Jean lui-même. Ne raillant pas ce qui me faisait du mal, je m'en suis fait. Tout cela, je ne l'ai pas analysé, je me suis contentée de le penser ; je travaillais au Ministère le dernier jour ; j'ai fait des mots carrés sur un calendrier, je savais donc raisonner ; j'aurais dû analyser mon cas au lieu de le sentir, je n'ai pas pu car j'étais enfermée en violet ».

« Je n'ai jamais souffert de constipation à Concordia ; là, j'ai eu les confidences de Mlle S. qui m'a parlé de sa constipation, elle en souffrait ; elle m'a demandé des services : je lui montais du bouillon de légumes le dimanche. J'ai quitté Concordia, la directrice m'a dit que j'étais insupportable, j'ai pris la porte. Mademoiselle S. me parlait de sa constipation et de ses toilettes quand elle venait dans ma chambre. Etant brouillée avec Jean, je ne pouvais plus rester à Concordia. C'est un affront qui m'a percé le cœur ; j'étais dégoûtée, la maison ne marchait plus, je suis partie en disant : « Si je suis très malade, la maison l'est aussi ». Mademoiselle S. a beaucoup couru ; au Ministère des Finances, elle s'arrêtait sur les visages d'hommes. J'aurais voulu retrouver Jean ; j'ai beaucoup pleuré dans ma chambre après l'avoir quitté ; si Mlle S... n'est pas admise ici, je rendrai ma colère à Jean au jardin du Luxembourg ; il n'y aura pas équation, c'est-à-dire $c = c$, colère égale colère. Il y aura $c = a$, a, amabilité, car en quittant le jardin du Luxembourg j'ai voulu le retrouver, je n'ai pas pu. J'aurais voulu prendre le train pour le retrouver chez lui, je n'ai pas eu la pensée que je pouvais balancer mon travail pour le retrouver. Je le regrette, balancer le travail est une histoire de poids ; on dit aussi « bien balancé » pour quelqu'un qui est bien fait ».

« Depuis mon internement, Mlle S. vient ici en visite, elle pourrait y entrer comme internée, elle y reprendrait ses matières qui m'intéressent, elle doit avoir des influences fluidiques sur les Asiles d'Aliénés ; elle a suivi des cours spirites, elle pouvait parler de transmission de pensée ».

12 heures.

Nous demandons à la malade de fermer les yeux ; elle dit : « Une apparence de chien, il n'y est plus, il est parti dans un trou noir ; j'ai eu des voix à l'Infirmerie en 1928 ».

13 heures.

Pouls : 120. Mydriase. Légère exophtalmie. Tremblement. Ebauche de catalepsie : persistance d'altitude pour les membres supérieurs. Signe de l'oreiller psychique. Signe de la langue de Kraepelin. Réflexes de posture augmentés. Phénomène de la roue dentée du biceps.

« Je fais attention, je réfléchis, car si on examine mon dossier, c'est pour ma sortie ».

La malade est polie, sociable, elle dit bonjour à toutes les infirmières.

14 heures.

Q. — « Quel a été votre plus grand chagrin ? »

R. — « Quitter Concordia et me brouiller avec Jean (on s'est plâqué, c'est fermé les portes de l'Ecole de Droit) et, ensuite, avoir des difficultés dans mon travail. J'ai eu très envie de mourir à ce moment. J'avais tout de même trop de chagrin. j'ai pensé me jeter à l'eau ».

La mimique reste adéquate.

ÉPREUVE DU TEST DES MOTS INDUCTEURS

Mots inducteurs	Réponses	Mots inducteurs	Réponses
• Eté :	Passé.	Lettre :	Serment.
Amour :	Revient.	Maladie :	Veine.
Champagne :	Boire.	Pauvreté :	Lascif.
Ami :	Plaisir.	Mort :	Ebriété.
Douleur :	Je m'en fous !	Constipation :	Solange.
Folie :	Merde !	Lecture :	Petits pois.

La malade est bien orientée dans le temps et dans l'espace. Elle connaît les noms des infirmières, est au courant de tous les faits du service.

« Je voudrais aussi que l'on ne me fasse plus souffrir, que les malades guérissent ; une du deuxième pavillon qui chantait avec moi, je voudrais savoir si sa jambe est guérie ».

« Si je pars aujourd'hui, qui viendra me chercher ? »

15 heures.

Disparition de la caléopsie. Etat neurologique habituel. Retour progressif à l'état antérieur.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE très superficiel ; exagération de la verbigération, surtout au début.

RÉINTÉGRATION : La malade est bien insérée dans le temps et dans l'espace. Comme à l'état habituel, hypermnésie. Changement de la formule affective sociale, la malade est aimable, beaucoup plus confiante, et n'a présenté, pendant toute cette journée, aucune réaction d'hostilité.

ÉNUCLÉATION : Par moments, au milieu de la verbigération, on découvre une idée directrice, un centre d'associations qui surgit parfois d'une façon intermittente (cette action du toxique par vagues de lucidité a été du reste souvent perçue et signalée par des expérimentateurs). A plusieurs reprises, cette malade nous a parlé d'un cha-

grin d'amour. Il s'agit d'un certain Jean P. « J'ai beaucoup pleuré » et, plus loin, « J'avais tant de peine » ; enfin elle nous dit que ce chagrin si vif lui a donné parfois le désir de mourir. Mais toutes ces énucléations sont faites avec une persistance assez marquée de l'ambivalence du ton et des gestes ; il y a toujours dysharmonie, au centre de la personnalité, entre le mode d'expression et d'idée directrice.

Nous avons eu l'explication d'une sorte de délire * d'obstruction intestinale présenté habituellement par cette malade qui se plaint chaque jour de constipation opiniâtre et réclame des lavements. Pendant l'expérience au Peyotl, la malade nous a dit que sa plus grande préoccupation était d'aller à la selle. L'exploration du psychisme nous a montré que la malade accuse de sa rupture avec Jean, une personne, Mlle S., dont il est fréquemment question. Cette femme, atteinte elle-même de constipation serait la cause de son chagrin. La malade se sert en quelque sorte d'une « image de couverture » à forme concrète. Il ne lui reste plus de toute sa haine et de son chagrin que cette préoccupation intestinale. De plus, elle va jusqu'à penser que ce sont les matières de Mlle S. qui sont en elle.

Cette transformation de pensée abstraite en pensée concrète se retrouve plusieurs fois : par exemple, pour nous dire que c'est par lettre qu'elle s'est fâchée avec Jean, elle dit : « Trop de crayon et de porte-plume employés ». La voiture cellulaire qui l'emportait à Ste-Anne avait des mouvements de tangage assez prononcés ; elle pense aux montagnes, puis à son ami, car il originaire des Pyrénées. Elle en arrive ainsi à l'accuser de ce voyage qu'on lui fait subir, et de là elle va jusqu'à le considérer comme la cause de son internement.

Ces phénomènes de condensation (d'objets, de faits, de personnages), de symbolisation, sont très intéressants. De même, le mode d'expression de cette malade : son discours est rempli d'associations utilisant les caractères phonétiques superficiels des mots ; les réactions de persévération égarent la malade dans de nombreuses digressions qui l'éloignent de l'idée principale à laquelle nous ne sommes ramenés que peu à peu et tardivement. Cette malade est une des seules qui présente dans son mode de pensée quelques analogies superficielles avec le rêve normal, mais tout le psychisme est dominé par la dissociation mentale pathognomonique de la Démence précoce.

CAPITAL PSYCHIQUE : Cette malade reste très dissociée et ambivalente. Tous les éléments de sa personnalité existent, mais isolés et tellement autonomes que nous avons rarement obtenu une pensée longtemps coordonnée et en tous cas, toujours dépourvue de tonalité affective et de spontanéité.

RÉSULTATS NEUROLOGIQUES ET NEURO-PSYCHIQUES : Apparition d'un syndrome de catalepsie. Petits signes de catatonie (oreiller psychique et signe de la langue de Kraepelin). Les réflexes élementaires de posture sont augmentés. Nous avons obtenu le phénomène de la roue dentée du biceps.

*
**

Observation 23.

Epreuve au Chanvre indien (Hachichine 0 gr. 10).

MARIE CH. : 35 ans. Célibataire. Sténo-dactylo. Internée depuis février 1923.

COMPORTEMENT ACTUEL : Inactivité complète. Aboulie. Malpropreté. Réactions souvent ambivalentes. Indifférence émotionnelle. Incoordination des idées. Nombreuses stéréotypies verbales alternant avec des périodes de mutisme et d'hostilité où l'examen clinique est impossible.

Absence de catalepsie. Réflexes tendineux normaux. Réflexes d'attitude et de posture normaux. Tension artérielle de 8/12. Pouls : 72.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

22 décembre 1930, 8 heures 30. — Hachichine : 0 gr. 10.

« Je suis fatiguée depuis six ans. Je suis ici depuis ce temps-là. Je suis venue en 1923, nous sommes en 1930... Je suis venue ici fatiguée ; je n'étais pas déprimée comme maintenant. Je ne mange pas assez. Je ne peux pas parler de cela à un médecin, ça concerne l'économe. Je ne suis pas seule du reste dans mon cas ; lorsque j'ai soif on me donne à manger. Je ne sais pas pourquoi cette contrariété, il doit y avoir quelque chose... »

Persistance des stéréotypies, de la verbigération.

9 heures 30.

Sensation de soif très vive.

« Je n'ai jamais été assoiffée de cette façon ».

Pouls : 76.

9 heures 35.

La malade éclate de rire.

Q. — « Pourquoi riez-vous ? »

R. — « Vous allez me voir ainsi pleurer et rire ; c'est la maladie qui veut ça. Je ne sais pas pourquoi, vous n'avez pas dû en avoir souvent comme ça dans votre service. »

Q. — « Pourquoi avez-vous été internée ? »

R. — « Je venais de St-Joseph. C'est parce que je n'avais aucun endroit pour aller et qu'on avait besoin du lit... J'avais une coulure dans le cerveau ; c'est certainement héréditaire puisque j'ai ça depuis que je suis tout enfant ; c'est la tache originelle, je crois ».

9 heures 50.

Eclats de rire.

La malade ne peut expliquer pourquoi : elle n'est pas contente, mais ne peut s'empêcher de rire.

Q. — « Viviez-vous seule ? »

R. — « Oui, je n'avais personne ».

Q. — « Aviez-vous un ami ? »

R. — « Non ! D'abord, qu'est-ce qu'un ami ? Aucun ami... des ennemis, j'en avais beaucoup ».

Q. — « Quel chagrin avez-vous eu ? »

R. — « L'habileté que je n'ai jamais eue pour mon métier ».

Q. — « Que faisiez-vous le dimanche ? »

R. — « Je ne voyais personne, je restais en moi-même ».

Q. — « Que sont devenus vos parents ? »

R. — « Ils sont morts. Oh, ça, on ne s'en remet pas ; quand on a perdu ses parents, ce sont les meilleurs amis, les gardiens... quand on les a perdus, on a tout perdu, on est mort... »

Q. — « De quoi sont-ils morts ? »

R. — « Ils ont été tués pendant la guerre ; elle a été si longue !... L'invasion était générale dans toute l'Europe ; je ne sais plus si ce sont les Anglais ou les Allemands qui les ont tués ».

Q. — « Quand avez-vous quitté vos parents ? »

R. — « A dix-huit ans, en venant dans une maison comme celle-ci ».

Impulsion très vive : la malade se dresse sur son lit et se précipite sur une infirmière, et lui crie : « Voilà assez longtemps que tu me tiens enfermée, à ton tour de passer pour malade ». Elle pousse l'infirmière vers son lit, voulant la faire coucher à sa place.

10 heures 10.

Pouls : 108. Tension artérielle : 8-12. La malade a les pommettes rouges, les yeux injectés de sang. Excitation motrice assez vive. Tremblement des mains, secousses des membres inférieurs.

« J'ai une gorge qui se pourrit pour-donner une voix sale à tout le monde... Maintenant la coulure de mon cerveau se fait par la bouche, vous voyez... On me disait que dans la vie il ne fallait suivre qu'un but ».

10 heures 30.

Nous faisons entendre à la malade de la musique et quelques chansons que d'autres malades viennent chanter près d'elle : immobilité ; il y a arrêt de l'excitation motrice.

La malade regarde le plafond ; elle semble fixer quelque chose.

La musique cesse ; la malade est prise de tremblements, contraction des muscles masticateurs.

Elle prend des attitudes théâtrales, pousse des cris : « Vous êtes criminelle !... criminelle !... criminelle !... allez, je ne veux plus vous voir !... Vous n'êtes pas mon ennemie, mais vous n'êtes pas mieux !... »

10 heures 35.

Ebauche de catalepsie des membres supérieurs et inférieurs (per-

sévération des attitudes, flexibilité cirreuse). Aucune modification des réflexes de posture.

10 heures 40.

« Oh, non !... non !... Je n'aurais pas voulu ce chagrin là, c'est trop terrible... Non ! non ! que c'est terrible !... Que j'ai du chagrin ! Je vous en supplie ! oh non ! c'est terrible !... »

La malade est rouge ; elle crie, pleure, se tord sur son lit.

Elle répète, indéfiniment : « Oh non !... oh non !... »

10 heures 50.

Eclats de rire. Suggestibilité assez vive.

10 heures 55.

La musique semble calmer la malade ; elle fait, en tous cas, cesser l'excitation motrice et verbale... La malade semble écouter ; elle est immobile.

11 heures.

« Que je suis malheureuse, c'est triste !... c'est trop triste !... Est-ce que l'on va avoir pitié de moi ?... Que c'est triste !... Je ne sais pas où je suis !... Nous ne nous verrons plus... c'est fini ! Je ne veux pas croire que ce soit vrai !... Qui a pu m'envoyer cela ?... Je ne peux pas savoir quel ennemi j'ai eu, je ne peux pas croire que ce soit le mien qui ait été mon plus grand ennemi !... Savez-vous ce que c'est que de ne plus se voir jamais ? »

« Je ne peux pas croire que j'ai été la complice sans le vouloir !... Je ne pourrai pas toute seule, il faut un peu m'aider !... avez-vous compris ? Est-ce que je pourrai ? Je me le demande... Que c'est triste !... »

La malade a les mains jointes en signe d'imploration... Elle crie très fort, elle pleure ; gestes et mimique de supplication.

11 heures 20.

Eclats de rire qui durent une minute trente secondes.

Pouls : 108. Tension : 8-12.

Disparition de la catalepsie. Aucune modification neurologique.

11 heures 30.

« Quelle erreur ! je n'ai pas dit cela ! ce n'est pas possible ! Oh, ce n'est pas possible que je sois dans l'eau ! J'ai peur !... Qu'est-ce que j'ai pu faire de si terrible ? Mon Dieu, entendez-moi !... Je ne peux pas croire que vous ayez pris le monde comme ça !... Mesdames, que c'est triste ! Est-ce qu'on va m'entendre de partout ?... Nous sommes impuissants ; je suis dans l'eau et je parle... Je ne sais pas si on m'entend ? Est-ce moi qui ai fait quelque chose ?... Qu'est-ce qui est tombé, je ne sais rien ?... »

12 heures.

La malade se calme peu à peu ; elle s'endort. Réveils brusques.

Le sommeil dure jusqu'au lendemain matin. Pendant le sommeil, absence de modifications neurologiques.

Pendant les jours suivants : sitiophobie, demi-mutisme.

Peu à peu, la malade s'alimente plus régulièrement. Retour progressif à l'état antérieur.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE très superficiel.

RÉINTÉGRATION nulle. Les excitations sensorielles n'ont aucune influence sur cette malade : elle ne les intègre pas dans son psychisme.

ÉNUCLÉATION d'un chagrin sur lequel nous n'avons aucune précision ; elle pleure : « Je ne peux pas croire que ce soit le mien, mon plus grand ennemi ». Peu à peu, stéréotypie dans sa douleur.

CAPITAL PSYCHIQUE : Ambivalence très prononcée ; nous avons révélé, grâce au Hachich, un syndrome hébéphrénique habituellement moins prononcé. La maladie, qui évolue depuis de nombreuses années, a pris une forme en quelque sorte fixée, avec absence d'impulsion, des troubles de dissociation beaucoup moins marqués. Nous avons réveillé tout ce syndrome qui a persisté quelques jours sous forme de sitiophobie. La maladie avait débuté par des troubles étiquetés à plusieurs reprises : « Dépression mélancolique ». Depuis son entrée à Maison-Blanche, elle n'a plus du tout le comportement, ni le langage d'une mélancolique ; elle est indifférente et stéréotypée dans une expression plutôt euphorique. Les manifestations douloureuses obtenues avec le Hachich sont peut-être dues à un réveil du délire qui était présenté au début par cette malade.

ÉTAT NEUROLOGIQUE ET PSYCHO-MOTEUR : Apparition d'une ébauche de flexibilité cirreuse. Aucune modification des réflexes élémentaires de posture.

Pouls : 108. Tension : 8-12.

*
**

Observation 24.

Première Epreuve par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 02), Caféine (0 gr. 20), Strychnine (0 gr. 001). Deuxième Epreuve par le Chanvre indien : extrait hydro-alcoolique mou de *Cannabis indica* (0 gr. 10).

ALICE G. : Sténo-dactylo. Internée depuis octobre 1926.

COMPORTEMENT ACTUEL : Excitation motrice et verbale. Verbi-gération. Impulsions fréquentes. Absence de sentiment de famille (reçoit très mal sa mère). Hostilité rendant l'examen clinique impos-sible.

Absence de catalepsie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

9 heures 20. — *Ether*.

9 heures 30. — *Cocaïne* : 0 gr. 02.

10 heures. — *Caféine* : 0 gr. 20.

11 heures. — *Strychnine* : 0 gr. 001.

9 heures 25.

Q. — « Etiez-vous fiancée ? »

R. — « D..., 160, rue de Courcelles ; il protège et soutient six blessés ».

Elle dit le nom des personnes qui l'entourent.

« Je m'ennuie de Maman qui habite à Paris... Je n'ai jamais su si j'étais enceinte ».

Q. — « Pourquoi êtes-vous ici ? »

R. — « Je m'ennuie de mes parents. On m'a mise à Ste-Anne sans que je sache pourquoi. Quand j'étais chez Maman, je buvais du ca-fé au lait ».

A partir de ce moment, la malade parle très fort, lentement, en détachant les syllabes d'un ton déclamatoire, sans aucune mimique émotionnelle, avec persistance et exagération du maniérisme.

Q. — « Quand êtes-vous née ? »

R. — « Je suis née le 2 juillet 1897... Maman, je m'ennuie de toi. Ne jamais savoir si Maman est morte ou vivante... »

Q. — « Etes-vous mariée ? »

R. — « D... suffisamment lettré pour atténuer les mauvais traite-ments faits sur ma personne ».

Q. — « Que faisiez-vous ? »

R. — « De février 1925 à la fin mars 1925, j'étais dactylo... Ma-man, on la battait tout le temps, on lui arrachait la nourriture de la bouche, elle n'avait pas de dents. En juin 1915, rapatriée de Belgi-que, je ne pouvais pas manger... Comme on peut aimer sa mère, la cajoler, la guérir ».

« Mademoiselle P. (nom du Médecin) était mon professeur d'ana-tomie... Maman, je t'en supplie, tu m'as dit que je ne t'aimais pas, que je ne voulais pas travailler pour te nourrir... »

« Je ne sais pas si je suis folle ou si je suis enceinte ».

« J'étais reçue à la Sorbonne, dernier fauteuil d'Académie, der-nier génie de France, grand écrivain... J'ai écrit dans le journal di-verses choses signées « Huguette G. » il n'y a pas d'autre G. que moi ».

Q. — « Quel âge avez-vous ? »

R. — « Je suis âgée de trente-trois ans ».

Q. — « Que faites-vous toute la journée ? »

R. — « On n'arrête pas de me battre, de me bâillonner, sous prétexte que j'aurais arraché l'oreille d'un vieillard ».

« J'ai été opérée de l'appendicite par le chirurgien N..., j'ai l'inconvénient d'être constipée ; j'ai des frissons ».

Signe de la langue de Kraepelin.

Ebauche de catalepsie.

10 heures.

Q. — « Depuis quand êtes-vous ici ? »

R. — « Je suis ici depuis octobre 1926... J'ai les jambes un peu courtes ; j'ai arrêté de grandir à quinze ans ».

« D... était un peu vieux pour moi ; je pense à lui parce que c'est un ingénieur et que je ne suis qu'une simple dactylo ; il pouvait me protéger. Il faut que les ingénieurs soient très savants ».

10 heures 15.

« Mon manteau est rose un peu clair et facile à retrouver ».

« Depuis vingt ans, j'ai été chassée de mon domicile, mais naturellement je suis folle de ne pas savoir si maman est morte ou vivante !... Maman, si tu viens me voir, tu devrais te faire accompagner ; D... est marié ; qu'il s'excuse auprès de sa femme et qu'il aide maman à marcher ; pauvre maman qui n'a plus de dents !... »

« J'en ai assez de vivre ici, c'est de l'hystérie imaginaire... »

« Le concierge m'a mise à la porte de mon domicile, il s'appelle B... ».

Q. — « Que faisaient vos parents ? »

R. — « Mon père était explorateur à la Guyane ; j'allais avec lui ; je caressais les tigres comme des chats ; le chat c'est le petit tigre de la maison, c'est Michel Strogoff ».

« En 1903, j'écrivais sur mon cahier d'écolière ; je sens le poids des années ».

« J'ai toujours l'air sale quand je suis habillée. Le concierge B. me prenait mes crayons pour m'empêcher d'écrire. J'ai vu sur une carte-postale une petite fille qui avait le petit doigt trop court, à cause de cela, ça devait être ma fille ».

« Depuis octobre 1918 je suis disparue de mon domicile. Sur les journaux on voit écrit : « Jeune fille disparue ». Je suis constipée, on me met toutes les matières des autres dans le ventre. J'ai accouché d'un chat, un fœtus de dix centimètres, plié en deux ».

« Les infirmières sont un peu brusques ; elles sont mariées avec des ouvriers qui manient la pelle ».

11 heures.

Calme. Phénomène de la roue dentée du biceps.

11 heures 10.

Passivité à la piqûre. Depuis le début, la malade est moins agressive, moins coléreuse ; elle parle poliment.

« Je sens que je déraile... Non, je ne proteste pas !... »

Quelques propos incohérents. La malade se couche sous ses draps, nous tourne le dos et ne veut pas répondre.

11 heures 30.

Mutisme, dont elle sort seulement pour demander à manger.
Retour progressif à l'état antérieur.

*
**

Deuxième Epreuve par le Chanvre indien (Même malade).

Janvier 1930. — Extrait hydro-alcoolique mou de *Cannabis indica* : 0,10, en deux fois, 6 heures 30 et 7 heures 30.

8 heures 30.

« Mes parents ne savaient quelle profession me faire prendre, ils m'ont envoyée chez mon oncle ».

Q. — « Quelle profession aviez-vous ? »

R. — « Je veux mon mantéau rose et ma robe bleu marine ».

« Je n'ai pas besoin d'enfant, ni d'accoucher ; je n'ai pas besoin de me reposer ici ».

« Habillez-la autrement, cela suffit ; elle peut s'en aller. Vous entendez ? Dites-lui qu'elle foute le camp ; j'en ai assez que cette personne soit ici, cette personne qui est devant vous (elle parle d'elle-même). Renvoyez-la, elle n'a rien à faire ici ».

Q. — « Où est votre maman ? »

R. — « Maman m'a apporté différents vêtements, mais on me laisse toujours en négligé ; il me suffirait d'avoir des vêtements pour m'en aller ».

Q. — « Où habitez-vous ? »

R. — « Le 18 octobre, j'étais dans une maison à part et je me reposais dans un coin à part, sans rien dire... J'en ai assez, Madame, je veux mes vêtements, je suis toute engourdi ».

Maniérisme aussi prononcé qu'habituellement.

« Je ne suis pas folle, seulement à moitié ».

Q. — « Pourquoi dites-vous toujours n'importe quoi ? »

R. — « Je ne dis pas de bêtises, je m'arrête et j'attends ».

9 heures 05.

Catalepsie, gâtisme, période de mutisme de 25 minutes.

« Je veux m'en aller, j'en ai assez d'être ici... J'ai vu les amours de Bernardin de St-Pierre et de Lamartine, Jocelyn... J'ai regardé mon pied ».

Négativisme (refus de faire les actes que nous lui commandons).

« J'en ai assez de ces choses insipides ; laissez-la aller rue Jacob chez sa mère... Ça me fait mal, ça me fait peur ; j'en ai assez de tâter partout pour savoir où je suis ».

9 heures 45.

Excitation motrice.

« Ma raison n'est pas à moi... J'irai chercher trois petits cadavres... J'en ai assez de la boîte à éther... Dites-moi quand il sera temps d'aller à table ?... »

« L'équipement marin dure soixante minutes... Pour savoir son nom, son âge, son adresse, pavillon Six... ».

12 heures.

Excitation motrice de plus en plus prononcée.

Incohérences. Poses plastiques. Masturbation, érotisme.

12 heures 30.

Elle fait mine de dormir. Période de mutisme ; peu à peu, la malade reprend sa verbigération habituelle.

Retour progressif à l'état antérieur.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE : Au réveil, les premiers mots de la malade sont : « Pardon ! oui, oui !... Je m'ennuie de maman ! » L'excitation a accentué le syndrome hébéphrénique ; la verbigération est devenue de plus en plus évidente. Cependant, on constate l'existence de quelques îlots coordonnés, perdus dans l'incoordination générale. Accentuation du maniérisme, devenu théâtralisme.

RÉINTÉGRATION très incomplète. Perte de liaison logique de la pensée. La malade est parfaitement insérée dans la vie réelle, dans le présent et dans le passé. Elle se souvient de tous les événements de sa vie. Localisation très exacte dans le temps. *Hypermnésie des détails. Personnalisation des faits vécus à l'Asile. Inversion de la formule affective* (elle est devenue aimable et polie).

ENUCLÉATION. Avec les *Excitations combinées* : Aucune manifestation affective ; récit d'événements tristes sur le même ton théâtral. Stéréotypies verbales. Elle parle souvent de sa mère, tantôt avec des mots affectueux, tantôt avec indifférence. Reliquats du délire ancien de persécution et de grandeur. Pas de complexe prédominant créant un centre d'activité. Récits par fragments de petits événements affectifs où les mêmes noms reviennent sans émotivité.

Avec le *hachich* : Excitation progressive, exagération de la dissociation mentale, réponses à côté, incohérences verbales, etc...

CAPITAL PSYCHIQUE : Elle a conservé les réactions de défense : peur, crainte, etc... et les réactions offensives : les impulsions sont à base de colère.

SYNDROME NEUROLOGIQUE ET NEURO-PSYCHIQUE : La plasticité est très grande, elle conserve longtemps les attitudes des membres supérieurs et inférieurs. La roue dentée du biceps se montre à la fin de la première expérience, elle est déclanchée par la strychnine.

*
**

Observation 25.

Epreuve par Excitations combinées : Ether. Cocaïne (0 gr. 03),
Caféine (0 gr. 20).

HÉLÈNE B. : 29 ans. Modiste. Internée en août 1926.

COMPORTEMENT ACTUEL : Verbigération ; syndrome de Ganser.
Ironie. Incoordination. Impulsions souvent violentes. Gâtisme.
Absence de catalepsie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

10 heures. — Ether.

Période d'excitation : Docilité pour se laisser endormir. *Catalepsie*
transitoire entre la période d'excitation et la période du sommeil.

Période de sommeil : Dix minutes.

10 heures 10.

La malade se réveille en souriant, envoie un baiser, et pleure.

10 heures 12.

Larmes.

10 heures 15. — Cocaïne : 0 gr. 03.

10 heures 45. — Caféine : 0 gr. 20.

10 heures 45.

Q. — « Que faites-vous ici ? »

R. — « Danger de mort. c'est Turc... elle aime trop les bêtes,
comme dit Colette ».

Verbigération. Elle a quelques gestes d'amitié (elle baise les mains).

Q. — « Quel âge avez-vous ? »

R. — « Elle n'est pas douce... Vous n'êtes pas méchante, bonne,
en mission secrète... téléphone... pompier.. »

« B... mon chéri, il faut que je passe avec elle ».

Q. — « Comment vous appelez-vous ? »

R. — « Vous n'êtes pas Hélène... Dédé n'a pas de volonté... Eli-
se n'a pas bu le poison... comme un chien... marque de la morse...
téléphone à Elise ».

Q. — « Etes-vous avec des folles ? »

R. — « On sait bien qu'ici c'est la Maison-Blanche, le frère, la
sœur... Zizi pour une tablette de chocolat Menier ».

« La mine d'or, la pauvre amie... j'ai faim... tu as chaud... tu as
froid... ».

« Entrez sans frapper, il fallait bien que Garnier entre. Jacobi, c'est toi... du moment que tu m'acceptes comme Maman ».

10 heures 45.

Elle remarque ce qui se passe autour d'elle.

Excitation motrice. Elle exprime par gestes le désir de lire et d'écrire. Elle prend un porte-plume, et commence à écrire son nom, mais s'arrête avant la fin.

« Edmond, c'est elle qui me sauve, ça se voit tout de suite, retrouve ma pièce percée ».

« C'est bien, crois-tu ? tu n'as qu'à dire : Toute seule, j'ai peur, mais avec Hélène, je n'ai pas peur ».

« C'est plus facile à guérir ces malades-là que d'autres ».

« Musset a raison, celui qui s'appelle Alfred ».

La malade continue à verbigérer.

Retour complet à l'état antérieur.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE très superficiel. Au réveil : phénomènes d'interférences (rire et pleurs).

Aucune *RÉINTÉGRATION* n'est possible.

La verbigération réapparaît comme à l'état de veille, avec les mêmes stéréotypies verbales. Le seul fait important à signaler, c'est l'inversion de la formule affective sociale : elle est beaucoup plus polie et docile qu'à l'état habituel, ne manifestant plus aucune agressivité.

SYNDROMES NEUROLOGIQUES ET NEURO-PSYCHIQUES : Cataplexie transitoire entre la période d'excitation et la période de sommeil provoquée par l'expérience à l'éther.

*
* *

Observation 26.

Epreuve à l'Ether, puis à la Caféine (0 gr. 20).

MARIE B. : 24 ans. Sténo-dactylo. Internée depuis 1926.

COMPORTEMENT ACTUEL Indifférence, inactivité complète. Impulsions. Mutisme habituel ou dissociation entre le langage parlé et le langage chanté : verbigération lorsqu'elle parle, paroles normales lorsqu'elle chante (ce qui est assez fréquent). Gâtisme ; négativisme ; cris intermittents.

Absence de cataplexie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

8 heures 50. — *Ether*.

9 heures 15. — *Caféine* : 0 gr. 20.

Période d'excitation normale.

Période de sommeil.

9 heures 01.

Période de réveil : Larmes, expression douloureuse de la physiologie. Mutisme. Immobilité.

9 heures 30.

Larmes silencieuses.

9 heures 40.

La malade ne pleure plus.

10 heures 05.

Légère excitation motrice ; éclats de rire.

10 heures 45.

Catalepsie généralisée. Négativisme des muscles de la face.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE superficiel : larmes silencieuses ; expression triste du visage ; persistance du mutisme.

SYNDROME NEUROLOGIQUE ET NEURO-PSYCHIQUE : Apparition d'un syndrome cataleptique (membres supérieurs et inférieurs).

En raison de ses troubles cardiaques (insuffisance et rétrécissement mitral) il nous a été impossible de lui faire prendre de la cocaïne.

*
* *

CINQUIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Observation 27.

Epreuve à l'*Ether* et à la *Caféine* (0 gr. 20).

LOUISE R. : 33 ans. Internée en mars 1921.

COMPORTEMENT ACTUEL : Mutisme complet. Sourire stéréotypé ; la malade est toujours alitée. Gâtisme. Impulsions intermittentes. Absence de catalepsie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

11 heures 05. — *Ether*.

Période d'excitation. Signe de Babinski positif à gauche. Trépidation épileptoïde du pied.

Période de sommeil : 2 minutes.

11 heures 13.

Période de réveil.

11 heures 15.

Excitation motrice légère.

11 heures 30. — *Caféine* : 0 gr. 20.

11 heures 40.

Rire.

12 heures.

Catalepsie. Persistance du négativisme.

CONCLUSIONS

Expérience sans résultat à refaire avec d'autres médicaments.

*
**

Observation 28.

Epreuve par Excitations combinées : *Ether*, *Cocaïne* (0 gr. 06), *Caféine* (0 gr. 20).

ALICE D. : 27 ans. Internée en juin 1927.

COMPORTEMENT ACTUEL : Indifférente. Dissociation mentale. Ralentissement des processus idéatoires. Ambivalence. Inactivité, impulsions.

Absence de *catalepsie*.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

10 heures. — *Ether*.

Période d'excitation : Le signe de Babinski est positif à droite. Réflexes rotuliens vifs.

Absence de *catalepsie*.

Période de sommeil : résolution musculaire.

10 heures 06.

Période de réveil : rire.

Elle dit, spontanément : « Je veux me reposer de la comédie ».

Rire.

10 heures 15. — *Cocaïne* : 0 gr. 06.

10 heures 30. — *Caféine* : 0 gr. 20.

Eveil de la Démence précoce (réponses à côté, ironie) : « Vous m'avez endormie ; dormir pendant une heure... Je voudrais voir mon intérieur rangé ».

Q. — « Quel métier avez-vous ? »

R. — « Je suis inspectrice de la mode ».

Q. — « Pourquoi êtes-vous ici ? »

R. — « J'avais eu mal aux dents... J'ai un manque d'instinct ».

Elle regarde dehors et dit : « La grêle, il en faut ».

10 heures 30.

Q. — « Etes-vous malade ? »

R. — « C'est l'intestin, il faut de la suralimentation... C'est la nourriture qui me tient ».

Q. — « Que faisait votre mari ? »

R. — « Mon mari est amateur de vues... Il faut un changement, des distractions au réveil ».

Elle ne veut pas dire depuis combien de temps elle est ici.

« Je veux m'en aller... Je veux gagner ma nourriture... Je suis venue ici soigner mes dents ».

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE très superficiel.

RÉINTÉGRATION nulle ; la malade reste dissociée, incohérente. A l'état habituel, elle répond de la même façon.

ENUCLÉATION très limitée ; elle a extériorisé le désir de s'en aller, n'a pas parlé de sa famille ni de son enfant.

CAPITAL PSYCHIQUE : difficile à évaluer.

Cette malade réclame d'autres expériences.

■
* *

Observation 29.

Epreuve par Excitations combinées : Ether, *Cocaïne* (0 gr. 04),
Caféine (0 gr. 20).

RENÉE B. : 31 ans. Célibataire. Sans profession. Internée en 1921.

COMPORTEMENT ACTUEL : Indifférence et parfois hostilité à l'égard de sa famille. Mutisme. Impulsions violentes ; par moments, impulsions de destruction.

Absence de catalepsie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

9 heures 58. — *Ether*.

Période d'excitation : rougeur : agitation normale.

Période de sommeil : incontinence d'urine.

10 heures 02.

Période de réveil : le signe de Babinski est positif à droite.

10 heures 05.

Crise de larmes ; sanglots, excitation.

10 heures 08. — *Cocaïne* : 0 gr. 04.

10 heures 30. — *Caféine* : 0 gr. 20.

10 heures 10.

Cris et larmes.

10 heures 15.

« Ah, Messieurs !... » Hurlements.

10 heures 19.

« Ah, mon Dieu !... Ah, mon adoré !... »

10 heures 23.

La malade est un peu plus calme ; quelques sanglots.

10 heures 30.

Sanglots, larmes.

10 heures 32.

« Je suis bien malheureuse ! » Cris.

10 heures 50.

On n'obtient plus aucune réponse. La malade redevient calme.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE très superficiel.

ÉNUCLÉATION émotionnelle intense, qui a cessé un moment, et qui a repris pour se prolonger toute la soirée.

Les quelques paroles qui accompagnent ses larmes démontrent que nous avons touché un complexe pénible dont nous ignorons le contenu.

Comme la précédente, cette malade réclame d'autres expériences.

*
* *

Observation 30.

Epreuve à l'Ether, et à la Cocaïne (0 gr. 04).

MARIE-LOUISE H. : 25 ans. Vendeuse. Internée depuis novembre 1924.

COMPORTEMENT ACTUEL : Indifférence à l'égard de sa famille. Demi-mutisme (réponses par « oui » et « non », à mi-voix). Aboulie. Sourire stéréotypé ; malpropreté.

Absence de catalepsie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

10 heures 25. — *Ether*.

Période d'excitation normale : rires ; la malade s'oppose à la mise du masque sur sa figure ; réactions de défense très violentes.

Période de sommeil.

10 heures 33.

Période de réveil ; la malade pleure.

10 heures 40. — *Cocaïne* : 0 gr. 04.

Gaieté, sourires. Elle répond quelques mots très lentement. A tout ce que nous lui demandons, elle répond : « Je ne sais pas ».

Gémissements, petites plaintes ; elle appelle sa mère.

11 heures 10.

Elle semble avoir des malaises physiques, dit qu'elle souffre de la tête.

Mouvements de déglutition qui semblent pénibles. Sourires.

11 heures 30.

Négativisme.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE très superficiel ; phénomène d'interférence émotionnelle.

ÉNUCLÉATION très limitée. Les réactions de défense sont très violentes.

RÉINTÉGRATION très incomplète. Conscience partielle de son état actuel (Elle se rend compte de ses malaises physiques qui paraissent plus prononcés que chez les autres malades). L'excitation a été de très courte durée. Négativisme persistant.

Expérience incomplète, à reprendre.

*
**

Observation 31.

Epreuve par Excitations combinées : Ether, Caféine (0 gr. 20), Strychnine (0 gr. 001).

ISABELLE P. : 29 ans. Internée en mai 1929.

COMPORTEMENT ACTUEL : Indifférence ; mutisme complet. Gâtisme. Impulsions. Négativisme. Stéréotypies.

Catalepsie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

10 heures 14. — *Ether*.

Période d'excitation : agitation motrice vive. *Le signe de Babinski est positif à droite.*

Période de sommeil : 6 minutes.

10 heures 20.

Période de réveil : incontinence d'urine. Petite syncope.

10 heures 25. — *Caféine* : 0 gr. 20.

10 heures 50. — *Strychnine* : 0 gr. 001.

10 heures 28.

« Il faut manger des pommes de terre au lard ».

« Mon cousin s'appelle François, il est dans la Seine... Sa grand-mère lui a apporté des provisions... Un homme serait venu et ne lui aurait pas répondu... Grand'mère... »

Associations par assonances. Réponses à côté. Sourires.

Persistance de l'ambivalence : « François est mon mari... Je ne suis pas mariée... »

10 heures 35.

Exagération de la catalepsie.

Dissociation mentale ; demi-mutisme.

« Laissez-moi tranquille... coucher avec lui... ça me fait mal, nulle part... »

10 heures 50.

« Je vais mourir... Je veux venir avec toi, maman... Je veux dormir avec toi ».

Regard anxieux. Tremblement de la tête.

11 heures.

« Pour dormir avec maman... pour dormir avec grand'mère... »

Stéréotypies. *Persistence de la catalepsie. Signe de la langue de Kraepelin. Signe de l'oreiller psychique.*

11 heures 15.

« Fillette... montagne... Edgard... montagne... fillette... la chambre du fond... j'ai faim... grand'mère... la chambre du fond... Isabelle... ».

« J'étais un jour à la campagne avec grand'mère, je voulais des pommes de terre au lard ».

« Grand-père est gentil... Jésus... montagne... chambre du fond... c'est ma petite fille... j'ai vu beau soleil... elle aime bien sa tante... je suis gentille... ».

L'excitation diminue, le mutisme réapparaît progressivement.

Retour à l'état antérieur.

CONCLUSIONS

DÉBLOCAGE très superficiel : première phrase « Il faut manger des pommes au lard ».

RÉINTÉGRATION nulle.

ÉNUCLÉATION nulle.

CAPITAL PSYCHIQUE : Incoordination très prononcée sans aucun lien logique. Stéréotypies verbales ; certains mots reviennent fréquemment : « La chambre du fond... grand'mère... »

SYMPTOMES NEUROLOGIQUES ET NEURO-PSYCHIQUES : Avec l'éther, nous avons obtenu un signe de Babinski positif à droite.

Avec la caféine et la strychnine, légère augmentation de la catalepsie.

*
* *

Observation 32.

Epreuve par Excitations combinées : Ether, Cocaïne (0 gr. 06), Caféine (0 gr. 20), Strychnine (0 gr. 001).

MARIA C. : 24 ans. Internée en janvier 1924 (la maladie remontait à 1922).

COMPORTEMENT ACTUEL : Indifférence. Mutisme complet. Gâtisme. Impulsions. Négativisme.

Pouls : 68. Catalepsie.

EXPLORATION PHARMACODYNAMIQUE.

9 heures 30. — Ether.

Période d'excitation.

Période de sommeil : 7 minutes.

9 heures 38.

Période de réveil : ébauche du signe de Babinski à droite. Rictus ; rires ; regard éveillé.

9 heures 40.

La seule parole prononcée : « Non !... non !... ».

Le geste le plus souvent répété : masturbation.

9 heures 45. — Cocaïne : 0 gr. 06.

9 heures 55. — Caféine : 0 gr. 20.

10 heures 15. — Strychnine : 0 gr. 001.

Regard fixe, interrogateur ; balbutiements, rires, passivité.

Elle répond « oui » aux questions.

9 heures 50.

Début d'excitation, inquiétude et mouvement des lèvres, mouvements de trombone de la langue.

9 heures 55.

Mutisme. Légère dilatation pupillaire.

10 heures 05.

Légère excitation motrice. Regard interrogateur.

Elle boit facilement du café.

10 heures 10.

Négativisme persistant.

10 heures 12.

Elle se lève, interroge des yeux.

10 heures 15.

Tachycardie : pouls : 120.

Masturbation. Inquiétude, tremblement, crispation des mains.

10 heures 30.

Elle mange un morceau de pain, et boit, avec avidité.

10 heures 55.

Rien. Mutisme complet.

CONCLUSIONS

Aucun résultat. Expérience à reprendre.

La malade conserve l'attitude antérieure, à part quelques moments pendant lesquels elle semble angoissée.

Vu, le Doyen :
BALTHAZARD.

Vu, le Président de Thèse :
H. CLAUDE.

*Vu et permis d'imprimer,
pour le Recteur de l'Académie de Paris,
l'Inspecteur d'Académie :*
J. PERRON.

BIBLIOGRAPHIE

1. — ALAJOUANINE et GOPEAVITSCH. — Sémiologie de l'hypotonie musculaire. *Presse médicale*, 18 avril 1931.
2. — BAILLARGER. — Du délire au point de vue pathologique et anatomo-pathologique. *Académie impériale de Médecine*, 8 mai 1855.
3. — BARUK et MOREL. — Contribution à l'étude de la Psychologie et de la Physiologie pathologique de l'hébéphrénocatatonique. *Annales médico-psychologiques*, juin 1928.
4. — BERGER (H.). — Zur Pathogenese des Katatonischen-Stuporösen. *Münch. med. Wochensch.*, 1921, N° 15, p. 448.
5. — BERGSON. — Mécanisme du rêve. *Energie spirituelle*. Paris, 1919.
6. — BLEULER. — Les Démences précoces ou groupe des schizophrénies. *Traité de psychiatrie d'Aschaffenburg*. Vienne, 1912.
7. — BLEULER. — Symptômes primitifs et secondaires de la schizophrénie. *Zeitschr. f. d. Neur. und Psych.* Vol. 124.
8. — BOCANY. — *Annales médico-psychologiques*, 1850.
9. — BOIQUET (Jules). — L'Herbe aux fakirs (Le Hachich). Contribution à l'étude du chanvre indien. *Thèse Doct. Univ. (Pharm.)*. Lyon, 1912.
10. — BRIAU. — Du Peyotl dans les états anxieux. *Thèse Doct. Méd.* Paris, 1928.
11. — BRIÈRE DE BOISMONT. — *Revue médicale*, juin 1847.
12. — BUSCAINO. — Catatonia esperimentale negli animali e nell'uomo. *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, nov.-déc. 1930.
13. — BUSCAINO et DE GIACOMO. — Azione catalettogena del sonnifene nell'uomo in tema di patogenesi ammimica dei sindromi schizofreniche. *Bolettino della Società Italiana di Biologia Sperimentale*, vol. V, fasc. 2, febbraio 1930.
14. — CLAUDE. — Démence précoce et schizophrénie. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*. Genève, 1926.
15. — CLAUDE. — Sur la Catatonie. *Paris Médical*, oct. 1924.
16. — CLAUDE et BARUK. — Signe de Babinski transitoire dans un cas de Démence précoce. *Revue neurologique*, juin 1927.
17. — CLAUDE et BARUK. — Epreuve du sonnifène intra-veineux dans la catatonie. *Société de Psychiatrie*, 24 mai 1928.

18. — CLAUDE et BARUK. — Epreuve du Somnifène intra-veineux dans la Catatonie. *Encéphale*, sept.-oct. 1928.
19. — CLAUDE et BARUK. — Crises de Catalepsie. Diagnostic avec le sommeil pathologique ; leurs rapports avec l'hystérie et la catalepsie. *Encéphale*, mai 1928.
20. — CLAUDE et BARUK. — La Catatonie. Etude clinique et physiologie pathologique. *Presse médicale*, décembre 1928.
21. — CLAUDE et BARUK. — Les Troubles psycho-moteurs d'origine cérébrale. *Presse médicale*, 1931.
22. — CLAUDE et BARUK. — Le Tonus musculaire psycho-moteur et les variations dynamiques de l'activité cérébrale. *Congrès de Berne*. août-sept. 1931.
23. — CLAUDE, BARUK et AUBRY. — La Chronaxie dans la démence précoce. *Académie de Médecine*, mai 1927.
24. — CLAUDE, BARUK et NOUEL. — Réflexes plastiques et réactions musculaires psycho-motrices. Le signe de l'anticipation des mouvements passifs. *Société de neurologie*, 2 mai 1929. — Réflexes de postures du biceps. *Encéphale*, sept.-oct. 1931.
25. — CLAUDE, BARUK et PORAK. — Sommeil cataleptique et fonctions psychomotrices. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1931.
26. — CLAUDE, BARUK et THIÉVENARD. — Réflexes élémentaires de posture et réflexes d'attitude chez le dément précoce catatonique. *Société de Biologie*, mai 1927. *Revue neurologique*, juin 1927.
27. — CLAUDE, BARUK et THIÉVENARD. — Rapports du syndrome catatonique et des syndromes parkinsoniens. *Congrès de Blois. Encéphale*, 1927.
28. — CLAUDE, BOREL et ROBIN. — Un nouveau procédé d'investigation psychologique : l'éthérisation. Sixième Réunion d'études neurologiques de neuro-psychiatrie. juin 1924. Ethérisation chez les Déments précoces. — *Société de Psychiatrie*, 20 novembre 1924.
29. — CLAUDE, BOREL et ROBIN. — Démence précoce, Schizomanie, Schizophrénie. *Encéphale*, 1924.
30. — CLAUDE, BOURGUIGNON et MIDAKOWITCH. — Métabolisme basal dans la catatonie et l'hébéphréno-catatonie. *Encéphale*, 1928.
31. — CLAUDE et S. NACHT. — Remarques sur les conditions psychologiques précédant l'installation d'un état de catatonie. — *Société Médico-Psychologique*, novembre 1931.
32. — CLAUDE et ROBIN. — Discrimination entre la démence précoce et la schizophrénie. Ethérisation chez les Déments précoces. *Société de Psychiatrie*, Paris, 20 nov. 1924.

33. — CLAUDE et ROBIN. — Discrimination entre la Démence précoce et la Schizophrénie. *Société de Psychiatrie*, Paris, novembre 1924.
34. — DARDANNE. — Contribution à l'étude du Chanvre indien. *Thèse Doct. Univ. (Pharm.)*. Paris, 1924.
35. — DAUDET (Léon). — L'Homme et le Poison. Nouvelle Librairie Nationale, Paris, 1925.
36. — DECOURTIVE. — Le Haschisch, étude historique, chimique et physiologique. *Thèse Dipl. Pharm.* Paris, 11 avril 1848, 56 pp.
37. — DECOURT et LEMAIRE. — La Yagéine ou Harmine, nouveau médicament symptomatique de la raideur et de l'akinésie parkinsoniennes. *Paris-Médical*, 6 décembre 1930.
38. — DELMAS-MARSALET. — Les réflexes de posture élémentaires. Etude physio-clinique. Paris, Masson, 1927.
39. — DELMAS-MARSALET. — Réflexes de posture élémentaires. *Congrès de Lille*, 1930.
40. — DIXON (W. E.). In *Journal of physiology*, t. XXV, 1899, pages 69-86.
41. — DONAGGIO. — Congrès de Barcelone. 1929.
42. — DUPRÉ et LOGRE. — Traité de médecine de Roger et Vidal, fascicule 6. Intoxication par l'opium et ses dérivés : cocaïne, chanvre indien, éther.
43. — FLECK (V.). — Uber Cocaïnwirkung beistuporösen. *Zeitsch. f. d. Ges. Neur. u. Psych.*, vol. 92, fasc. 1 et 2.
44. — FREUD. — Die Traumdeutung. V^e édition, 1919.
45. — GAUTIER (Théophile). — Le Club des Hachischins, feuilleton de *La Presse*, 10 juillet 1843.
46. — DI GIACOMO (Umberto). — Ricerche nell' azione della bulbocapnina nell' uomo. *Riv. di Pathologia nervosa e mentale*. Nov.-déc. 1930.
47. — GIRAUD (Jules). — Le Testament d'un hachichéen. Paris, Durville, édit., sans date.
48. — GRIESINGER. — Traité des maladies mentales, 1865.
49. — GUIRAUD. — Les états de loquacité dans la Démence précoce. *Annales médico-psychologiques*, 1914.
50. — GUIRAUD. — Les formes verbales de l'interprétation délirante. *Annales médico-psychologiques*, 1921.
51. — GUIRAUD. — Conception Neurologique du Syndrome catatonique. *Encéphale*, 1924, p. 571.
52. — GUIRAUD. — Catatonie et Syndromes extra-pyramidaux. *Paris-Médical*, 27 octobre 1927.
53. — HARTENBERG. — *Société de Psychiatrie*, novembre 1924.

54. — HESNARD et LAFORGUE. — Contribution à la psychologie des états schizophréniques. *Encéphale*, 1924.
55. — HESNARD et LAFORGUE. — La théorie psychanalytique ou instinctiviste de la schizophrénie. *Congrès des Aliénistes*, Genève, 1926.
56. — HINSEN. — Action de la cocaïne sur les états de stupeur chez les paralytiques généraux. *Zeitsch f. d. Ges. Neurol. u. psychiatrie*, Février 1922.
57. — JAMES (William). — La Volonté de croire. Paris, Flammarion, 1930.
58. — DE JONG. — *Klin. Wochensch.* Avril 1922.
59. — DE JONG et BARUK. — La Catatonie expérimentale par la bulbocapnine. *Société Médico-psychologique*, Novembre 1928.
60. — DE JONG et BARUK. — Etude comparative expérimentale et clinique des manifestations du syndrome catatonique. *Revue neurol.*, janvier 1929.
61. — DE JONG et BARUK. — Epreuve de la bulbocapnine chez le singe. *Société neurol.*, novembre 1929.
62. — DE JONG et BARUK. — Catatonie expérimentale par la bulbocapnine et le syndrome catatonique chez l'homme. *Encéphale*, février 1930.
63. — DE JONG et BARUK. — Pathogénie du syndrome catatonique et Catatonie expérimentale. *Encéphale*, mars 1930, n° 3, p. 180.
64. — DE JONG et BARUK. — La Catatonie expérimentale par la bulbocapnine. Paris, Masson, 1931.
65. — JUNG. — Ueber den Psychologie der Dementia Praecox. Halle, 1907.
66. — JUNG. — L'inconscient dans la vie psychique normale et anormale. Traduction, Paris, Payot, 1930.
67. — KERIM FAHLREDDIN. — Troubles psychiques dûs à l'emploi du hachich. *Bruxelles médical*, novembre 1930.
68. — KERIM FAHLREDDIN. — Troubles psychiques dûs à l'emploi du hachich. *Hygiène mentale*, août 1930.
69. — KLAESI. — Application thérapeutique dans la schizophrénie de la narcose prolongée à l'aide du somnifène. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*. Fasc. I, 1921 (Analyse parue dans « *L'Encéphale* », juillet 1922).
70. — KLUVER (Henrich). — Mescal. The Divine Plant and its psychological effects. London, 1928.
71. — KOANG-HOBSCHETTE (Andrée). — Les Cactacées. *Thèse Doct. Pharm.*, Nancy, 1929.
72. — KOANG-HOBSCHETTE (Andrée). — Les Cactées médicinales. Paris, Doin, 1929.

73. — KRETSCHMER. — Psychologie médicale. Payot, 1927.
74. — KURT BERINGER. — Article paru in *Der Nervenartz*. 1928.
75. — KURT BERINGER. — Der Mescalinaus, Berlin, 1927.
76. — LAFORA. — Traitement de la schizophrénie. *Archivos de neurobiologia*, 1926.
77. — LAIGNEL-LAVASTINE. — Barbiturate-diéthylamine révélateur du subconscient. *Société de Psychiatrie*, novembre 1924.
78. — LANDRY. — Notes on Anhalonium Lewini. *Therap. Gaz.*, 1889.
79. — LANGE, (cité par MAIER). — La Cocaïne ; (Traduction française), Paris, Payot, 1926.
80. — LEWIN. — Les Paradis artificiels. (Traduction française). Paris, 1928.
81. — MAIER. — La Cocaïne (traduction française). Paris, Payot, 1926.
82. — MARX (Norbert). — Contributions à la psychologie de la cocaïnomanie. *L'Encéphale*, Paris, 1923.
83. — MAURY. — Nouvelles observations sur les analogies des phénomènes du rêve et de l'aliénation mentale. *Société médico-psychologique*, octobre 1852.
84. — MAURY. — Le sommeil et les rêves. Paris, 1878.
85. — MAYER-GROSS. — Ueber einige abänderungen der esinses tätig keit in Mescalinaus. *Neurol. Psychiat.*, 1926.
86. — MINKOWSKI. — La schizophrénie. Paris, Payot, 1927.
87. — MONAKOW et MOURGUE. — Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psycho-pathologie. Paris, 1928.
88. — MOREAU (J.), de Tours. — De l'identité de l'état de rêve et de la folie. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1855.
89. — MOREAU (J.), de Tours. — Du Hachisch et de l'aliénation mentale ; études psychologiques. Paris, Fortin, Masson et Cie, 1845, in-8, 431 pp.
90. — MOREAU (J.), de Tours. — *Annales médico-psychologiques*, 1848.
91. — MOREL. — Etude clinique des maladies mentales. 1853.
92. — MOREL. — Traité des maladies mentales. 1854.
93. — MOREL. — De l'Éthérisation dans la folie. *Archives générales de Médecine*. Février 1854.
94. — MOUZON. — Une thérapeutique médicamenteuse nouvelle de l'Akinésie parkinsonienne (La Banistérine). — *La Presse Médicale*, 21 août 1929.
95. — NATHAN et MAURICE. — Idées d'influence et éthérisation. *Société de Psychiatrie*, Paris, avril 1924.

96. — NATHAN et MAURICE (signalés par Regnault). — *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 3, Paris, 1929.
97. — NEGRO (Fidelo). Phénomène de la roue dentée. (*Encéphale*, mars 1928).
98. — OBERHOLZEN. — Le Traitement par la narcose continue au somnifène et au luminal, à la clinique psychiatrique de Burghoelzli de Zurich. *Thèse Méd.*, Zurich, 1927.
99. — OBERNIER. — De l'emploi de l'alcool chez les aliénés. *Archiv. für Psychiatrie*, 1873.
100. — PASCAL (C.). — La Démence précoce. Alcan, Paris, 1911.
101. — PASCAL (C.). — Syndrome psychologique fondamental des démences. *Journal de psychologie*, 1923.
102. — PASCAL (C.). — Les Démences in Nouveau Traité de médecine de Roger et Vidal. Paris, Masson, 1928.
103. — PASCAL (C.). — Le Dynamisme de la Démence précoce. *Presse Médicale*, janvier 1932.
104. — PASCAL (C.) et DAVESNE. — Anaphylaxie mentale. *Presse médicale*, 21 novembre 1925.
105. — PASCAL (C.) et DAVESNE. — Chocs émotionnels pathogènes et thérapeutiques. *Journal de psychologie*, avril 1926.
106. — PASCAL (C.) et DAVESNE. — Traitement des maladies mentales par les chocs. Paris, Masson, 1926.
107. — PASCAL (C.) et DESCHAMPS. — Psychanalyse Pharmacodynamique des déments précoces. *Commission de l'Hébéphrénie*, octobre 1930.
108. — PASCAL (C.) et DESCHAMPS. — Exploration pharmacodynamique de la motricité des Déments précoces. *Encéphale*, Paris, 1932.
109. — PASCAL (C.) et VIÉ. — Commission de l'Hébéphrénie, 1929.
110. — PASCAL (C.) et VIÉ. — Démence précoce et Schizophrénie de Kretschmer. *Encéphale*, avril 1931.
111. — PASCAL (E.). — Somnambulisme et Scopochloralose. *Revue métapsychique*. Paris, nov.-déc. 1928.
112. — PAUKER. — Les épreuves pharmacodynamiques dans la catatonie. *Thèse Doct. Méd.* Paris, 1929.
113. — PAVLOW. — La Physiologie et la Pathologie de l'activité supérieure (Traduction). Paris, *Encéphale*, novembre 1931.
114. — PELLEREAU. — *Annales d'hygiène et de médecine légale*, mars 1883.
115. — PRENTISS et MORGAN. — Therapeutic uses of Mescal-butions. *Thérap. Gaz.*, 1896.
116. — QUERCY. — Hallucinations visuelles peyotliques. *Congrès de Blois*, 1927.

117. — QUERCY. — Etudes sur l'Hallucination. Paris, Alcan, 1930.
(in Vol. I : Etude clinique).
118. — QUERCY et DODART DES LOGES. — Somnifène intra-veineux chez les psychopathes. *Société médico-psychologique*, 22 décembre 1924.
119. — RADESTOCK. — Schlef und Traum. Leipzig, 1878.
120. — RAYMOND-HAMET. — L'Action physiologique de la Mescaline, alcaloïde principal du peyotl. *Bulletin Académie de Médecine*, 13 janvier 1931.
121. — RECH. — Des effets du haschisch sur l'homme jouissant de sa raison et sur l'aliéné. *Annales médico-psychologiques*. Paris, 1848, t. XII.
122. — RIGNANO. — Psychologie du Raisonnement. Paris, Alcan, 1920.
123. — ROUHIER (A.). — La plante qui fait les yeux émerveillés. *Paris Médical*, 1^{er} déc. 1923, pp. I-IV.
124. — ROUHIER (A.). — Le Yagé, plante télépathique. *Paris Médical*, 12 avril 1924, pp. I-VI.
125. — ROUHIER (A.). — Documents pour servir à l'étude du yagé. *Bull. des Sc. pharmacol.*, avril 1926.
126. — ROUHIER (A.). — Monographie du Peyotl, (*Echinocactus Williamsii* Lem.). Thèse Doct. Pharm. Paris, 1926.
127. — ROUHIER (A.). — La Plante qui fait les yeux émerveillés : Le Peyotl. Paris, Doin, 1927.
128. — ROUHIER (A.). — Les Plantes divinatoires. Paris, Doin, 1927.
129. — SACRISTAN. — Action de la cocaïne dans la stupeur catatonique. *Archivos de Neurobiología*, Madrid, Tome V., N° VI, juillet-décembre 1925.
130. — DE SAUSSURE. — Technique de la Psychanalyse. *Evolution psychiatrique*, 1925.
131. — SAUVET. — Inhalation d'éther et ses effets psychologiques. *Annales médico-psychologiques*, 1847.
132. — SCHALTENBRAND. — *Arch. f. d. Ges. Physiologie*, 1925.
133. — SCHNEIDER (Carl). — Die Psychologie der Schizophrenen. 1930.
134. — SENGES. — Autisme et Vie intérieure. *Annales médico-psychologiques*, oct. 1929.
135. — SPITTA. — Traumzustände der menschlichen Seele. 1892.
136. — TEULIE. — Les rapports des langages néologiques et des idées délirantes en médecine mentale. Paris, 1927.
137. — TOMESCA. — Beitrag zum Studium der Physio-Pathogenese des Katatonischen Negativismus.

138. — VARLET (Théo). — Aux Paradis du Hachich (suite à Baudelaire). Paris, 1931.
139. — VILLARD (Ferdinand) — Du hachisch ; étude clinique, physiologique et thérapeutique. *Thèse Doct. Méd.* Paris, 1872.
140. — WUND — Grundzüge der physiologischen Psychologie. 1880.

ADDENDA

141. — CERONI (Luigi). — L'intossicazione mescalina (Autoesperienze). *Rivista Sperimentale di Freniatria*, Vol. LVI, fasc. I, Reggio Emilia, 1932.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7

PREMIÈRE PARTIE

Historique de l'Expérimentation pharmacodynamique en psychiatrie

CHAPITRE PREMIER. — <i>Psychiatrie expérimentale à l'époque de Moreau de Tours : Hachich, Ether, Cocaïne, Alcool ..</i>	15
CHAPITRE II. — <i>Exploration pharmacodynamique à l'époque actuelle</i>	19
A). — Action des agents pharmacodynamiques sur le Psychisme : Hachich, Ether, Cocaïne, Somnifène, Opium, Caféine, Peyotl, Yajé, Protoxyde d'Azote	19
B). — Action des agents pharmacodynamiques sur le système cérébro-médullaire : Scopolamine, Bulbocapnine, Somnifène, Cocaïne, Atropine, Pilocarpine	26

DEUXIÈME PARTIE

Conceptions actuelles sur le dynamisme des symptômes dans la démence précoce

CHAPITRE PREMIER. — <i>Pensée hébéphrénique et mode algique de pensée (rêve, rêverie, pensée archaïque)</i>	31
CHAPITRE II. — <i>Méthodes d'exploration du psychisme des déments précoces</i>	37

TROISIÈME PARTIE

Recherches personnelles

CHAPITRE PREMIER. — <i>Technique expérimentale</i>	39
§ 1. — Méthode d'exploration clinique	39
§ 2. — Mode d'administration des agents pharmacodynamiques	40
CHAPITRE II. — <i>Exploration pharmacodynamique du psychisme et accessoirement de la motricité des déments précoces dans ses rapports avec les troubles mentaux</i>	43

I. — Remarques générales. (Déblocage. Réintégration. Enucléation. Capital psychique)	43
II. — Comparaison entre la pensée des déments précoces révélée par l'expérience et la pensée onirique	44
§ 1. — Structure psychique de la pensée onirique.	45
a) Rêve normal	45
b) Onirisme	46
c) Rêverie	46
§ 2. — Composants oniriques de la pensée des déments précoces révélée par l'expérience	47
§ 3. — Éléments de différenciation entre la pensée des déments précoces et la pensée onirique	49
III. — Psychisme des déments précoces révélé par l'exploration pharmacodynamique	51
§ 1. — Résultats des expériences	51
§ 2. — Division des malades en cinq groupes schématiques suivant l'importance des troubles dynamo-déficitaires	57
IV. — Essais d'exploration de la Motricité dans ses rapports avec le psychisme	62
§ 1. — Symptômes moteurs observés avant les expériences	62
§ 2. — Symptômes moteurs observés au moment de l'exploration pharmacodynamique	64
a) Avec le test combiné	64
b) Avec le hachich	65
c) Avec le peyotl	65
§ 3. — Commentaires des résultats	65
CONCLUSIONS	69
TABLEAUX	71

QUATRIÈME PARTIE

Observations

Premier Groupe :

Observation 1 : Madeleine M. Cocaïne (doses progressives), puis Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Strychnine, Caféine	82
Observation 2 : Camille C... Cocaïne (doses progressives) et Alcool	90

Observation 3 : Caroline B...	Hachich	99
Observation 4 : Antoinette T	Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine.	104
Observation 5 : Louise C.....	Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine.	106

Deuxième Groupe :

Observation 6 : Ida B.....	Ether et Cocaïne	109
	Ether et Cocaïne	112
Observation 7 : Louise H.....	2). Peyotl	116
Observation 8 : Hélène B....	1). Cocaïne (doses progressives), puis Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine	118
	2). Hachich	121
Observation 9 : Marie C.....	Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine.	127
Observation 10 : Cécile C.....	Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Alcool.	129
Observation 11 : Louise F.....	Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine.	132

Troisième Groupe :

Observation 12 : Alice D.....	Cocaïne (doses progressives), puis Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine, Strychnine, Champagne	134
Observation 13 : Bella R.....	Cocaïne, puis Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Champagne, Caféine	139
Observation 14 : Delphine L..	1). Hachich et caféine ..	145
Observation 15 : Marguerite B.	Cocaïne (doses progressives), puis Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine, Strychnine, Alcool	147
Observation 16 : Adrienne C..	Cocaïne (doses progressives), puis Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine, Strychnine	152

Observation 17 : Marthe D....	Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine, Strychnine	162
Observation 18 : Odette C.....	1). Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine, Strychnine 2). Hachich	164 165
Observation 19 : Mathilde D..	Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine, Strychnine	166
Observation 20 : Paulette S...	Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine, Strychnine	168
Observation 21 : Raymonde C. 1).	Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine. 2). Hachich	170 172

Quatrième Groupe :

Observation 22 : Madeleine B...	Peyoll	174
Observation 23 : Marie Ch....	Hachich	179
Observation 24 : Alice G.....	1). Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine, Strychnine 2). Hachich	182 185
Observation 25 : Hélène Bu...	Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine.	187
Observation 26 : Marie B.....	Ether et Caféine	188

Cinquième Groupe :

Observation 27 : Louise R....	Ether et Caféine	189
Observation 28 : Alice D.....	Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine.	190
Observation 29 : Renée B.....	Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine.	191
Observation 30 : Marie-L. H...	Ether et Cocaïne	193
Observation 31 : Isabelle P...	Excitations Combinées : Ether, Caféine, Strych- nine	194
Observation 32 : Maria C.....	Excitations Combinées : Ether, Cocaïne, Caféine, Strychnine	195
BIBLIOGRAPHIE		199

